



Tânia Mendes      **Relatório de Trabalho de Projeto:**  
Integrar melhor para cuidar melhor

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado  
para cumprimento dos requisitos necessários à  
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem  
Médico-Cirúrgica, realizada sob a orientação  
científica de Prof. Doutora Alice Ruivo

Março 2014



## [DECLARAÇÕES]

Declaro que este Relatório de Trabalho de Projeto é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

Tânia Albertina das Santos Mads

Setúbal, 17 de Março de 2014.....

Declaro que este Relatório de Trabalho de Projeto se encontra finalizado e em condições de ser apreciada(o) pelo júri a designar.

O(A) orientador(a),

Aluísio

Setúbal, 17 de Março de 2014..



*"Conhecimento é capacitar aqueles que o desenvolvem,  
aqueles que o usam e aqueles que beneficiam dele"<sup>1</sup>*  
(Meleis, 2010)

---

<sup>1</sup> Tradução Livre de "*Knowledge is empowering to those who develop it, those who use it, and those who benefit from it*", de MELEIS, A. - Transitions Theory (2010:63).



## **AGRADECIMENTOS**

A realização deste trabalho não seria possível sem a contribuição de pessoas que direta ou indiretamente construíram este caminho apresentado neste relatório.

Agradecemos primeiramente à professora orientadora, Prof. Doutora Alice Ruivo pela disponibilidade, dedicação e paciência que demonstrou e pelo entusiasmo que nos soube transmitir ao longo da elaboração do trabalho e dos estágios que decorreram.

Agradecemos à instituição, na pessoa da Enfermeira Chefe, que nos acolheu no local de Estágio e que nos proporcionou momentos de aprendizagem ricos e preciosos para o desenvolvimento deste relatório.

Agradecemos às Enfermeiras Orientadoras, Enfermeiras Especialistas NP, FB, TG e, em especial, MC, por nos orientar ao longo dos estágios, corrigindo e encaminhando no sentido do sucesso e sem a qual não seria possível a realização do presente relatório.

Agradecemos aos enfermeiros do serviço que nos acolheram e que participaram com empenho na construção deste relatório, através do preenchimento do questionário e discussão do documento elaborado para o serviço.

Agradecemos ainda aos colegas que contribuíram generosamente com o empréstimo de bibliografia pertinente ao nosso relatório e a todos aqueles que nos indicaram caminhos a descobrir e que tentaram de certa forma tornar este percurso mais fácil.

Agradecemos aos nossos familiares e às pessoas que nos são queridas pelo apoio, ajuda e compreensão que nos souberam dar durante o tempo em que a nossa presença na vida deles foi escassa.

Por fim, agradecemos a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para que a realização do presente relatório fosse possível e que não se encontram aqui descritas.





## RESUMO

O presente relatório pretende refletir sobre o processo de aquisição de competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, desenvolvidas durante o curso e respetivos estágios. Estes, por sua vez, visaram o desenvolvimento de competências (comuns e específicas) do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, através da aplicação da metodologia de projeto. Foram realizados dois projetos: Projeto de Intervenção no Serviço e Projeto de Aprendizagem Clínica, que permitiram o desenvolvimento de Competências Comuns e Competências Específicas do enfermeiro especialista, respetivamente.

Abordámos a temática da integração dos enfermeiros, visto que a prestação de cuidados em contexto complexo exige uma preparação adequada às mais diversas situações. Assim, o conhecimento do local onde se exerce funções é determinante para a eficácia das medidas instituídas neste âmbito, motivo pelo qual um processo de integração adequado assume uma importância vital.

Tendo por base os pressupostos supracitados, elaborámos no projeto de intervenção em serviço, um Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos do Serviço de Cirurgia Geral, do Centro Hospitalar X. O nosso objetivo foi Otimizar a integração dos novos elementos na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos. No Projeto de Aprendizagem Clínica, centrámo-nos no desenvolvimento dos domínios nas áreas do controlo de infeção, emergência e catástrofe e cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos.

Palavras-Chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Metodologia de Projeto; Pessoa em Situação Crítica; Transição Saúde-Doença; Integração.



## **ABSTRACT**

This report seeks to reflect on the process of acquisition of Master skills developed during the course and respective internship. These, in turn, targeted the development of competence (common and specific) of the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing, specifically in Nursing of Person in Critical Situation, by applying the project methodology. Two projects were conducted: Intervention Project in Service and Project Learning Clinic, that allowed the development of Common Skills and Specific Competencies specialist nurse, respectively.

We addressed the thematic of nurse's integration once the provision of care in complex environment requires a adequate preparation for the most diverse situations. Therefore, the knowledge of where they exercise functions is crucial to the effectiveness of the measures imposed in this context which is why appropriate integration is of vital importance.

Based on the above assumptions, we did for the Service Intervention Project a Procedure of Integration of New Nurses of the Surgical Intermediate Care Unit, the Service of General Surgery, of the Hospital Center X. Our objective was to optimize the integration of new elements in the Surgical Intermediate Care Unit.

In the Project Learning Clinic, we focused on the development of the domains regarding the areas of Infection Control, Emergency and catastrophe and Care of the person facing complex process.

**Keywords:** Medical-Surgical Nursing; Project Methodology; Person in Critical Situation; Transition Health-Illness; Integration.



## **SIGLAS**

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CHX - Centro Hospitalar X

CPLEE – Curso de Pós-Licenciatura em Especialização de Enfermagem

ECTS - European Credit Transfer and accumulation System

ESS - Escola Superior de Saúde

ESCE - Escola Superior de Ciências Empresariais

ESE - Escola Superior de Educação

EEPSC - Enfermeiro Especialista em Pessoa Situação Crítica

IPS - Instituto Politécnico de Setúbal

PAC - Projeto de Aprendizagem Clínica

PIS - Projeto de Intervenção no Serviço

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIV – Suporte Imediato de Vida

UC - Unidade Curricular

UCIC - Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos

VPN – Virtual Private Network



## GLOSSÁRIO

**Aprendizagem** – é uma mudança ou alteração permanente no comportamento em função da experiência passada de cada indivíduo (Chiavenato, 2006:397);

**Ambiente** – é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001:6);

**Competência** – nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar (Ordem dos Enfermeiros, 2003:16);

**Competências comuns** - competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Ordem dos Enfermeiros, 2010:3);

**Competências específicas** - competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2010:3);

**Cuidados de Enfermagem** – cuidados que centram-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades) e que tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue, procurando, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente. O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de actuação multiprofissional e distinguem-se dois tipos de intervenções de enfermagem: as iniciadas por outros técnicos da equipa - intervenções interdependentes - e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro - intervenções autónomas (Ordem dos Enfermeiros, 2001:9);

**Domínio de competência** - esfera de acção que compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados (Ordem dos Enfermeiros, 2010:3);

**Investigação-Acção** - metodologia caracterizada por uma permanente dinâmica entre a teoria e a prática em que o investigador interfere no próprio terreno de pesquisa, analisando as consequências da sua acção e implicação. A investigação-acção é frequentemente assumida por um coletivo de investigação pluridisciplinar. Tendo em vista uma intervenção social, as finalidades, o processo e os conteúdos são constantemente debatidos pela equipa de investigadores e actores sociais (Leite *et al*, 2001:151);

**Pessoa** - ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se (Ordem dos Enfermeiros, 2001:7);

**Pessoa em Situação Crítica** – aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2010:2);

**Socialização Organizacional** - é a maneira como a organização procura marcar no novo participante o modo como ele deve pensar e agir de acordo com os ditames da organização (Chiavenato, 1999:146);

**Saúde** - estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjectivo; portanto, não pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença (Ordem dos Enfermeiros, 2001:6);

**Transição** - passagem de um estado bastante estável para outro estado bastante estável e é um processo accionado por uma mudança. As transições são caracterizadas por diferentes etapas dinâmicas, marcos, e pontos de viragem e podem ser definidas através de processos e/ou resultados finais (Meleis, 2010:13).



## **Índice de Figuras**

Figura 1 - Transições: Teoria de Médio-Alcance .....	31
Figura 2 - Competências da Educação/Formação .....	39
Figura 3 - Estádios da Socialização Organizacional .....	44
Figura 4 - Métodos de Treinamento Instrucional na Função .....	47

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1 - Recursos Humanos e Materiais Necessários à concretização dos Objetivos .....	61
Tabela 2 - Planeamento do PAC .....	78
Tabela 3 - Contributos dos Módulos no Cuidar de Pessoa em Crise .....	87
Tabela 4 - Contributos dos Módulos no Dinamiza a Resposta a Situações de Catastrofe e/ou emergência multivitima .....	89
Tabela 5 - Contributos dos Módulos no Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica .....	90



## Índice

<b>0. Introdução .....</b>	<b>23</b>
<b>1. Enquadramento Concetual.....</b>	<b>27</b>
a. Enfermagem - A Teoria das Transições de Afaf Meleis .....	27
b. A Qualidade em Enfermagem .....	32
c. Cuidados de Enfermagem em Contexto Complexo .....	34
d. Desenvolvimento de Competências nos Enfermeiros - o Processo de Integração ...	37
i. <i>Aprendizagem e Formação</i> .....	38
ii. <i>O Desenvolvimento de Competências segundo Benner</i> .....	41
iii. <i>A integração</i> .....	42
<b>2. Projeto de Intervenção no Serviço .....</b>	<b>49</b>
a. Diagnóstico de Situação .....	49
i. <i>O Serviço – Que necessidades</i> .....	50
ii. <i>Aplicação das Ferramentas Diagnóstico</i> .....	51
iii. <i>Definição do Problema</i> .....	54
b. Planeamento do Projeto .....	56
i. <i>Atividades, Indicadores de Avaliação e Estratégias</i> .....	56
ii. <i>Recursos</i> .....	60
iii. <i>Constrangimentos e Forma de os ultrapassar</i> .....	61
iv. <i>Aspetos Éticos</i> .....	62
c. Execução, Avaliação e Divulgação .....	63
d. Análise das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista .....	72
<b>3. Projeto de Aprendizagem Clínica .....</b>	<b>75</b>
a. Contextualização da Situação.....	75
b. Planeamento .....	77
c. Execução, Avaliação e Divulgação .....	79
d. Análise das Competências Específicas do EEPSC.....	84

<b>4. Análise das Competências de Mestre.....</b>	<b>91</b>
a. Competências Clínicas Específicas .....	92
b. Desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências.....	94
c. Equipas de Desenvolvimento multidisciplinar .....	95
d. Desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio .....	97
e. Investigação para promoção da prática de enfermagem baseada na evidência.....	98
f. Formação dos pares e de colaboradores .....	99
<b>5. Conclusão .....</b>	<b>101</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>105</b>
<b>Apêndices.....</b>	<b>111</b>
Apêndice 1: O Artigo .....	113
Apêndice 2: Diagnóstico de Situação.....	125
Apêndice 3: Descrição do Serviço.....	129
Apêndice 4: Questionário e Resultados.....	137
Apêndice 5: Análise SWOT .....	151
Apêndice 6: Stream Analysis .....	155
Apêndice 7: Planeamento do PIS .....	159
Apêndice 8: Cronograma do PIS .....	165
Apêndice 9: Pedido de Autorização .....	169
Apêndice 10: Documento Final do "Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros na UCIC do Serviço de Cirurgia Geral" .....	185
Apêndice 11: Planeamento da Sessão de Formação.....	197
Apêndice 12: Suporte informático à sessão de formação.....	201
Apêndice 13: Planeamento do PAC .....	217
Apêndice 14: Cronograma do PAC .....	223
Apêndice 15: Folheto Informativo entregue aos Enfermeiros.....	227
Apêndice 16: Folheto Informativo entregue aos Assistentes Operacionais .....	231

Apêndice 17: Poster afixado sobre Precauções de Isolamento.....	235
Apêndice 18: Folheto Informativo para visitas .....	239
<b>Anexos.....</b>	<b>243</b>
Anexo 1: Email de Autorização do CHX .....	245
Anexo 2: Notícia do simulacro no Serviço em 2012.....	249



## 0. Introdução

No âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, lecionado na Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), elaboramos o presente relatório que reflete, não só o Estágio III da unidade curricular (UC) Enfermagem Médico-Cirúrgica II (onde se integra), mas o global dos estágios e do curso. Tal pretensão relaciona-se com a ambição de obter com o presente documento, o grau de Mestre dando cumprimento ao exigido no regulamento dos Mestrados da ESS e, consequentemente, o Regime Jurídico dos graus e diplomas do Ensino Superior.

*"O curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica visa dotar licenciados em Enfermagem de competências profissionais diferenciadas para intervir, suportados na evidência, para o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos da enfermagem médico-cirúrgica"* (Nunes e Ruivo, 2011:3). Com base neste propósito, iniciámos um percurso que pretendemos que fique espelhado neste relatório.

O referido curso, com 90 European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS), foi desenhado para se proporcionar como espaço de aprendizagem para que cada estudante desenvolvesse as competências especializadas (comuns e específicas) na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica. Todas as UC foram cuidadosamente pensadas e refletidas para que nós, estudantes, beneficiássemos delas e aproveitássemos os seus aprendizados únicos. Os seus módulos apresentaram-se com diferentes metodologias, seja nas horas de contato (aulas teóricas, teórico-práticas, seminários e orientação de tutoria), seja no trabalho autónomo, e contribuíram decisivamente para aquilo em que nos tornámos hoje e pretendemos aqui refletir. Importa ainda referir que, para o decorrer deste curso, contribuíram 32 ECTS que resultaram da frequência, com sucesso efetivo, do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Perioperatória da ESS do IPS. Embora tendo equivalência a alguns módulos, é de referir que todo o curso de Mestrado foi aproveitado ao máximo para o desenvolvimento das competências necessárias para ser Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como Mestre.

O contributo de cada UC foi aproveitado nos módulos Estágio I, II e III, que se constituíram como foco principal deste curso e sobre os quais se foca o presente

documento. Estes estágios tornaram-se momentos experienciais singulares em que aplicámos todos os nossos conhecimentos e vivências anteriores, permitindo-nos desenvolver as competências fundamentais para a prática de um enfermeiro especialista. A finalidade destes estágios centrou-se em identificar uma problemática no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica, formular um projeto de intervenção e executá-lo, procedendo à posterior avaliação (Guia do 2º Semestre, 2013; Guia do 3º Semestre, 2013). Na Metodologia de Projeto, “*não existe a separação – saber e saber fazer – mas sim um movimento onde a prática alimenta a teoria e a teoria fundamenta a prática*” (Leite et al, 2001:77), ou seja, tem uma visão inter e transdisciplinar do saber.

Amiguinho et al (1997) defendem a intervenção pelo projeto, como o “*o eixo metodológico que permite dar sentido ao percurso efetuado, elevar o potencial formativo das situações de trabalho, transformar as experiências em aprendizagens, e, no fundo, operar a passagem do «formar» para o «formar-se»*” (Bártolo, 2007:26). Desta forma, o presente documento segue a metodologia de trabalho de projeto, e, portanto, enquadra-se na esfera da Investigação-Ação. “*O Trabalho de Projecto (...) contém características próprias – métodos e técnicas – que lhe conferem o estatuto de metodologia (...) que resulta da necessidade de articular, de forma coerente e sistémica, um projeto (...) [e] tem como finalidade determinar quando há que agir neste ou naquele sentido – sucessão de acções – o que há a fazer – conteúdo das acções – e como fazer, que meios, técnicas a utilizar - processo.*” (Leite et al, 2001:75).

Para o desenvolvimento destes estágios, escolhemos a Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos (UCIC) do Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital na região sul, o qual será designado por Hospital Y, integrado no Centro Hospitalar X (CHX). Neste, tivemos a orientação das Enfermeiras Especialistas NP e MC, que acompanharam todo o projeto. É ainda importante referir que existiram dois estágios opcionais, a Unidade da Dor e a Comissão de Controlo de Infecção, onde contámos com a colaboração das Enfermeiras Especialista TG e FB, respetivamente. Quanto ao espaço temporal em que decorreu, no nosso caso e devido à adequação supracitada, o Estágio I ocorreu entre maio e outubro de 2011. Os Estágio 2 e 3 decorreram de forma sequencial entre si no período de 11 de novembro de 2012 a 4 de outubro de 2013. De referir ainda que o fruto deste processo apresenta-se sob a forma de um artigo científico, que se encontra em Apêndice (Apêndice 1), e que será publicado oportunamente. Esta preocupação baseia-se na necessidade de



divulgar o trabalho uma vez que é importante fazê-lo, além de dar resposta a um dos requisitos deste curso. Neste sentido vem a afirmação de Benner (2001:40), quando diz que a *“perícia clínica não foi adequadamente descrita ou apresentada em enfermagem, e essa falha na descrição contribuiu para a falta de reconhecimento e de retribuição face à prática da enfermagem”*, razão pela qual nos propomos a divulgar todo o trabalho desenvolvido, apresentando os nossos resultados, bem como todo o processo envolvido.

O interesse no tema da integração surge no âmbito dos estágios previamente referidos. No entanto, esta é uma área de interesse antigo. Ainda no final do curso de licenciatura, efetuámos uma monografia sobre a preparação dos estudantes de licenciatura, se estes, no final do curso, se sentiam aptos para aplicar as suas competências. Desta feita, a preocupação é oposta: preparar o serviço o melhor possível para potenciar estas competências. Com as devidas diferenças, a convicção de que profissionais melhores preparados, prestam cuidados seguros e consequentemente melhores cuidados, esteve sempre presente. Ajudá-los a vivenciar esta transição pareceu-nos ser o caminho a seguir, como posteriormente será explanado.

A prestação de cuidados em enfermagem insere-se num contexto onde a mudança, a inconstância e o inesperado estão constantemente presentes e são fatores que descredibilizam um saber estático, certo e permanente. É marcada por saberes provenientes de diversas áreas profissionais, com valores e experiências diferentes (Serrano, 2008). Tal como Benner (2001:18) afirma, *“as práticas excelentes do cuidar, tanto as de diagnóstico, de monitorização, de intervenção terapêutica, são relacionais e contextualizadas”*, pelo que a excelência nos cuidados não se verifica igualmente, quando o contexto varia.

Após contextualizarmos o âmbito do presente documento, apresentamos o objetivo principal deste relatório: Refletir acerca do percurso de desenvolvimento de competências de Mestre através dos contributos obtidos durante o curso.

Sendo este um objetivo amplo, apresentamos os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Fundamentar o relatório com enquadramento concetual que suporte todo o trabalho efetuado;

- ✓ Apresentar o Projeto de Intervenção no Serviço (PIS), realizando análise crítica com recurso a fundamentação teórica, sintetizando o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista;
- ✓ Apresentar o Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC), realizando análise crítica com recurso a fundamentação teórica e sintetizando o desenvolvimento de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (mais concretamente, o Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica);
- ✓ Analisar reflexivamente as competências de Mestre.

Para dar resposta aos objetivos supracitados, este documento encontra-se organizado em cinco capítulos. O primeiro capítulo, Enquadramento Concetual, apresenta a fundamentação do relatório; O segundo capítulo, PIS, apresenta uma síntese do trabalho realizado para o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista; O terceiro capítulo, PAC, apresenta uma síntese do trabalho realizado para o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa Crítica (EEPSC); O quarto capítulo, Análise das Competências de Mestre, apresenta uma reflexão acerca do desenvolvimento de competências de mestre; O quinto capítulo, Conclusão, apresenta uma reflexão conclusiva do trabalho, através de uma síntese do efetuado, análise dos objetivos traçados no trabalho, apresentação dos aspetos facilitadores e constrangedores do relatório e caminhos futuros. Para enriquecer este relatório, foram integrados Apêndices e Anexos que são apresentados no final do Relatório.

É importante clarificar que, de forma a garantir o anonimato das pessoas e instituições envolvidas, foi codificado através de siglas, asteriscos, e, no caso de nomes, apagado ou tapado, motivo pelo qual não estão exatamente como nos originais.

Todo o trabalho respeita as orientações dos seguintes documentos: Normas de Elaboração de Trabalhos Académicos da ESS; Fundamentos, enquadramento e roteiro normativo de Relatório de Trabalho de Projeto; e, Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica em enfermagem. É ainda importante referir que utiliza a NP-405 para a referência bibliográfica e respeita o Acordo Ortográfico instituído em Portugal.

## 1. Enquadramento Concetual

Neste capítulo, apresentamos a fundamentação do relatório, mais concretamente acerca da Enfermagem, explicitando a Teoria das Transições de Afaf Meleis como referencial teórico. Pretendemos ainda refletir sobre a Qualidade em Enfermagem, uma vez que os projetos que executamos pretendem contribuir para a melhoria da Qualidade em Enfermagem. De seguida, apresentamos o que são os Cuidados de Enfermagem em Contexto Complexo, através de um breve enquadramento com os contributos concetuais. Por fim, apresentamos o enquadramento do Desenvolvimento de Competências em Enfermagem - o Processo de Integração, por ser o tema central do nosso projeto e por ser um dos que nos debruçámos durante o estágio.

### a. Enfermagem - A Teoria das Transições de Afaf Meleis

As decisões tomadas e a interpretação dos fenómenos do dia a dia são ajustadas ao nosso entendimento do que é Enfermagem. Qualquer documento elaborado neste âmbito carece de aporte teórico que o fundamente, pelo que refletimos aqui sobre a Enfermagem Moderna. Para Tomey e Alligood (2004:2), "*a evolução das teorias de enfermagem tem sido uma procura da essência da enfermagem*", pelo que pretendemos apresentar aqui qual a nossa essência.

A Enfermagem Moderna surge com Florence Nightingale, uma visionária que se limitou a seguir os seus desejos e crenças, impondo a sua vontade a uma sociedade na qual a mulher não tinha lugar. Para Nightingale, as Enfermeiras eram "*um corpo de mulheres escolarizadas quando as mulheres não eram nem escolarizadas nem trabalhavam no serviço público*" Tomey e Alligood (2004:4). Desde então, por todo o mundo assistimos ao desenvolvimento da Enfermagem, sendo considerada época de sucesso na profissão. Existiram várias eras desde então: a era do currículo, em que se questionava se as enfermeiras deviam estudar; a era da investigação, quando as enfermeiras começaram a procurar níveis mais elevados de formação e, perceberam que a investigação era o caminho; a era do ensino graduado, quando surgiram os cursos de mestrado; a era da teoria; onde se constata que a investigação sem teoria produz informação e com a teoria, produz ciência de enfermagem; e por último, a fase contemporânea, dando ênfase ao uso da teoria na prática e vice-versa (Tomey e Alligood, 2004).

Nightingale foi a pioneira no desenvolvimento da ciência da enfermagem, afirmando que os conhecimentos de Enfermagem eram diferentes dos de Medicina e, ao atribuir à enfermeira, a sua visão: a enfermeira coloca o doente nas melhores condições para que a natureza possa atuar (Tomey e Alligood, 2004).

Mais de século e meio depois, outras visões surgiram e outras filosofias, teorias e modelos emergiram, o que nos leva ao nosso referencial teórico: A teoria das Transições da Afaf Meleis.

De acordo com Meleis (2010), existem vários motivos que levam a que as transições sejam o foco central da Enfermagem, dos quais se destacam os seguintes:

- ✓ os enfermeiros passam grande parte do seu tempo a cuidar de pessoas que enfrentam, pelo menos, uma ou mais mudanças que afetam a sua saúde, por exemplo, o acolhimento, a alta hospitalar, reabilitação, recuperação face à doença, entre outros;
- ✓ numa revisão de literatura em Enfermagem, feita entre 1986 e 1992, foram identificadas 310 citações de transição enquanto enquadramento para discussão, o que demonstra o interesse dos Enfermeiros nas transições;
- ✓ devido ao aumento crescente de tecnologia, políticas de segurança para a pessoa relacionado com acolhimento, alta hospitalar e aumento de custos hospitalares em todo o mundo, as pessoas tendem a sair mais cedo dos hospitais e continuar a sua recuperação e reabilitação em casa; quando as pessoas e famílias não são corretamente cuidadas nesta transição, tendem a existir complicações e readmissões hospitalares;
- ✓ existem muitos eventos que levam a períodos de transição que afetam o bem estar das pessoas, como por exemplo, a mudança de país, ou mesmo dentro do país; estas mudanças colocam as pessoas em risco de doença, por estarem mais vulneráveis ao stresse;
- ✓ o aumento de variedade nas diferentes populações mundiais, aumenta os desafios em cuidar destas pessoas, com os seus diferentes padrões de cuidar; os enfermeiros devem prestar cuidados individualizados às pessoas e famílias que vivem com uma multiplicidade de mudanças;

- ✓ as pessoas vivem mais tempo com doenças crônicas e a evolução da ciência está a permitir que nasçam e sobrevivam bebês prematuros, quando os seus próprios órgãos ainda não estão completamente desenvolvidos; estes fatores levam a uma série de transições em que as intervenções de enfermagem são necessárias em diferentes fases;
- ✓ tem havido desastres naturais e desastres provocados pelo Homem, que requerem a atenção da Enfermagem, não só no imediato como a longo prazo, enquanto as pessoas estão a adaptar-se a esses desastres;

Por tudo isto, Meleis (2010) tem-se preocupado com as transições enquanto fenómeno central da Enfermagem desde os anos 60 e desenvolveu uma Teoria de Médio Alcance, onde as Transições são alcançadas por eventos críticos e mudanças nos indivíduos ou ambientes. A transição começa assim que o evento ou mudança são antecipados. Os enfermeiros enfrentam as transições na vida das pessoas, quando e se estas afetarem a sua saúde, o seu bem-estar e a sua capacidade de cuidar de si mesma. As transições têm sido definidas de diferentes formas, pelo que é importante conhecer a definição de Meleis (2010:11), onde a transição é entendida como *"passagem de um estado bastante estável para outro estado bastante estável e é um processo accionado por uma mudança. As transições são caracterizadas por diferentes etapas dinâmicas, marcos, e pontos de viragem e podem ser definidas através de processos e/ou resultados finais."*<sup>2</sup>.

Na construção desta teoria, Meleis (2010) começou por concetualizar os problemas potenciais que as pessoas podem ter, por não estarem corretamente preparados para a transição (Incapacidade para o Papel)<sup>3</sup> e por descrever a prevenção bem como intervenção terapêutica (Recuperação do Papel)<sup>4</sup>. Meleis (2010) assume a definição de papel de Turner (1959), em que este é entendido, não apenas como um conjunto de comportamentos, mas de sentimentos ou objetivos criando um conjunto potencial de ações.

A *Incapacidade para o Papel* é qualquer dificuldade no conhecimento e/ou performance do papel ou sentimentos e objetivos associados ao comportamento desse papel percebido pelo próprio ou pelos outros. Habitualmente manifesta-se quando se assumem novos

---

<sup>2</sup> Tradução livre de "it is a passage from on fairly stable state to another fairly stable state, and it is a process triggered by a change. Transitions are characterized by different dynamic stages, milestones, and turning points and can be defined through processes and/or terminal outcomes", de MELEIS, A. - Transitions Theory (2010:13).

<sup>3</sup> Tradução livre de "role insufficiency", de MELEIS, A. - Transitions Theory (2010:11).

<sup>4</sup> Tradução livre de "role supplementation", de MELEIS, A. - Transitions Theory (2010:11).

papéis, seja desde um papel de risco, papel de recuperação, papel de pai, papel de profissional recém-licenciado, entre outros. Todos estes papéis têm em comum a perda ou ganho nos seus papéis e sistemas de suporte (Meleis, 2010).

A intervenção de Enfermagem verifica-se na *Recuperação do Papel*, que é definida como qualquer processo deliberativo onde a *Incapacidade para o Papel* (ou potencial) é identificada e as condições e estratégias para a sua clarificação são usadas enquanto prevenção ou intervenção terapêutica (Meleis, 2010). Quando usada para clarificar papéis, antecipando uma transição, é considerada preventiva. Quando a *Incapacidade para o Papel* se manifesta, a sua utilização é considerada terapêutica.

Através de uma revisão sistemática da literatura em Enfermagem, Meleis (2010) identificou 310 artigos sobre transições, através dos quais definiu quatro categorias:

- ✓ Desenvolvimentistas - são transições essencialmente focadas no indivíduo e retratam as transições da pessoa ao longo do ciclo vital no seu desenvolvimento, sendo que a parentalidade e a adolescência aquela que mais atenção tem tido; têm surgido, mais recentemente, estudos cujo foco destas transições são as relações, nomeadamente a díade mãe-filha;
- ✓ Situacionais - são transições que envolvem, habitualmente, o acréscimo ou perda de pessoas a uma situação que obrigue à redistribuição de papeis; os exemplos mais representativos são mudanças na estrutura da família como o nascimento e/ou morte de alguém na família; também são consideradas transições situacionais as relacionadas com papéis educacionais ou profissionais, por exemplo, as transições no âmbito de programas de educação, ou em programas de integração de enfermeiros;
- ✓ Saúde/Doença - são transições caracterizadas por uma alteração na saúde que provoque mudança de papéis; o exemplo mais significativo é o surgimento de uma doença aguda, onde o papel muda de saudável para doente;
- ✓ Organizacionais - são transições que ocorrem nas organizações e que afetam a vida dos seus trabalhadores (e familiares); representam as transições ambientais.

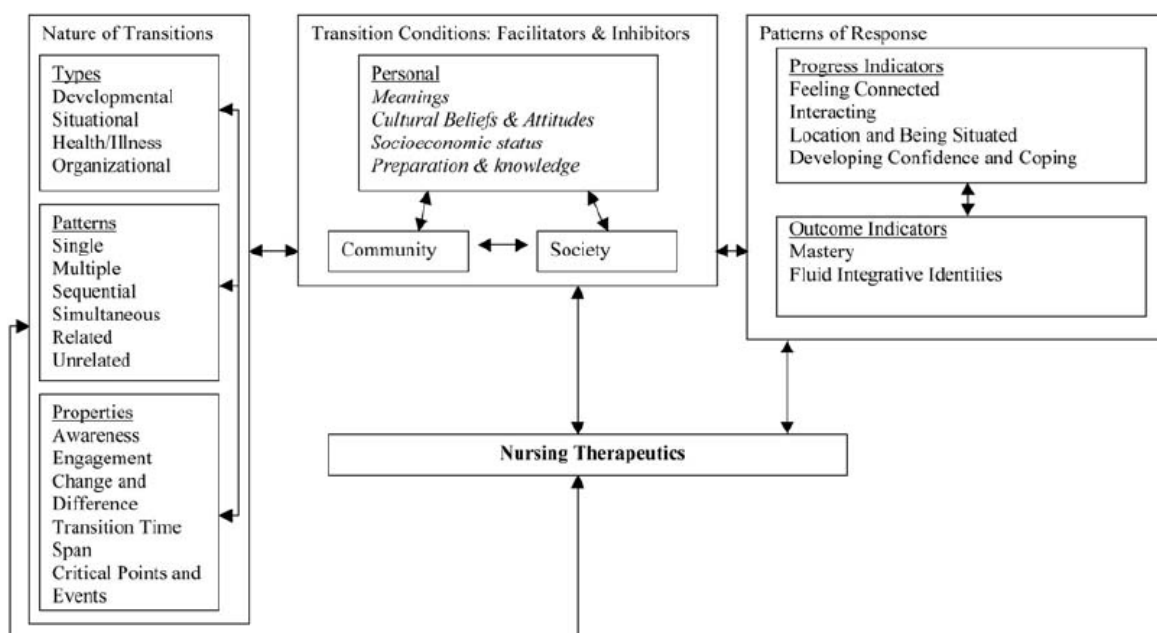
De referir que estas categorias não são exclusivas e que as transições são processos complexos e que múltiplas transições podem ocorrer no mesmo período de tempo (Meleis,

2010). Embora seja um processo com grande diversidade, as transições têm propriedades universais, nomeadamente: são processos que ocorrem ao longo do tempo e que envolvem desenvolvimento, fluxo ou movimento de um estado para outro estado, dividido em estágios ou fases; e, na sua natureza, são acompanhados de processos internos; quando acompanhados de processos externos, são considerados mudanças (Meleis, 2010).

As transições são afetadas por fatores como Significado, Expectativa, Nível de conhecimento e competência, Ambiente, Nível de planeamento e Bem-estar emocional e físico (Meleis, 2010).

A teoria das transições tem três domínios: Natureza das transições, Condições facilitadoras e inibidoras e Padrões de resposta, como se verifica na Figura 1.

**Figura 1 - Transições: Teoria de Médio-Alcance**



**Fonte: Transitions Theory (Afaf Meleis, 2010)**

Na Natureza das transições, apresentam-se os Tipos (definidos anteriormente), Padrões e as Propriedades das Transições. Os Padrões que estão definidos são Único (quando apenas ocorre um), Múltiplo (quando existe mais que um), Sequencial (quando se sucedem), Simultâneo (quando ocorrem ao mesmo tempo), Relacionado e Não relacionado (consoante tenham relação entre elas). As propriedades são Consciencialização, Envolvimento, Mudança e diferença, Intervalo de tempo e Pontos e eventos críticos.

Nas Condições facilitadoras e inibidoras, é apresentado o conceito de Pessoa (considerando os Significados, Crenças culturais e atitudes, Status Socioeconómico e Preparação e conhecimento) relacionado com as condições da Sociedade e Comunidade.

Nos Padrões de resposta, são apresentados os Indicadores de Processo e Indicadores de Resultados. Relativamente aos primeiros, estabelece-se o Sentimento de Pertença, Interagindo, Local e sentir-se situado; Desenvolvendo confiança e Coping. Relativamente aos segundos, estes organizam-se em Domínio (onde as pessoas demonstram domínio das competências e comportamentos necessários para gerir novas situações ou ambientes) e Reformulação de Identidade (as transições são caracterizadas por reformulação da identidade).

De seguida, apresentamos a Qualidade em Enfermagem de forma a contextualizar a importância do desenvolvimento de projetos de intervenção que contribuam para a melhoria da Qualidade em Enfermagem.

### **b. A Qualidade em Enfermagem**

Nos dias de hoje, é frequente falar-se em qualidade, mas o que é a qualidade? Consultando um dicionário de língua portuguesa, percebemos que são vários os significados que lhe atribuem: *"característica superior ou atributo distintivo positivo que faz alguém ou algo sobressair em relação aos outros; virtude; (...) destaque numa escala comparativa; valor, importância; (...) estratégia de gestão em que se procura otimizar a produção e reduzir custos (financeiras, humanos, etc.)"* (Houassis et al, 2003:3017), mas todos apontam no sentido da excelência e da procura por melhoria.

Nesse contexto, várias instituições (internacionais e nacionais) como a Organização Mundial de Saúde, o Conselho Internacional de Enfermagem e a Comissão Nacional de Qualidade assumiram a necessidade de procura de garantia de qualidade para a saúde, emanando recomendações diretrizes e linhas orientadoras (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Também a Direção Geral de Saúde reconhece que *"os serviços dependentes do Ministério da Saúde, para garantirem os direitos constitucionais dos cidadãos, assim como as suas preferências e expectativas, têm o dever de potenciar a qualidade da prestação de cuidados de saúde. É, portanto, necessário continuar a difundir e rapidamente sedimentar uma cultura de melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados oferecidos pelas*



*unidades do Serviço Nacional de Saúde e pelas que por ele são contratualizadas."* (Departamento da Qualidade na Saúde, 2011:5).

A Ordem dos Enfermeiros, dando cumprimento às suas próprias competências estatuídas, passados três anos da sua criação define e publica os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, onde assume que a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Os padrões de qualidade foram desenhados de forma a englobar os aspetos do mandato social da profissão e apresentados em seis categorias de enunciados descritivos: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização de cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Dez anos depois, o Colégio de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica define e publica os Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, onde apresenta o que deve ser feito pelo EEPSC em cada uma das categorias supracitadas, de forma a garantir a qualidade na prestação de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Sendo a garantia de qualidade uma obrigação de todos os profissionais, percebemos que evidencia-se nas competências esperadas dos Enfermeiros de Cuidados Gerais, nomeadamente no Domínio Desenvolvimento Profissional, onde se estabelece que o Enfermeiro "*Contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem*" (Ordem dos Enfermeiros, 2011:23).

No caso dos Enfermeiros Especialistas, espera-se que estes tenham um papel mais ativo, definindo a Ordem dos Enfermeiros (2010:3) que estes têm como competências comuns no domínio da Melhoria Contínua da Qualidade:

- a) Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;*
- b) Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;*
- c) Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;*

É ainda imprescindível referir que a Ordem dos Enfermeiros (2001:6) reconhece que "*nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde.*"

De seguida, apresentamos os Cuidados de Enfermagem em Contexto Complexo através do enquadramento dos conceitos que servem de suporte ao desenvolvimento clínico do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica, de forma a clarificar o que é feito por estes profissionais e o que foi pretendido desenvolver neste curso.

### c. Cuidados de Enfermagem em Contexto Complexo

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros é a associação que tem o dever de "*orientar a profissão, garantindo a prossecução do inerente interesse público e a dignidade do exercício da enfermagem*" (Preâmbulo do Decreto-Lei nº104/98). Por esse motivo, todos os enfermeiros que prestam cuidados em Portugal, devem enquadrar os seus cuidados de acordo com o estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros.

Sendo o metaparadigma o nível mais abstrato do conhecimento (Tomey e Alligood, 2003), começamos por apresentar a definição dos mesmos em Enfermagem:

- ✓ Pessoa - ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se (Ordem dos Enfermeiros, 2001:7)
- ✓ Saúde - estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjetivo; portanto, não pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença (Ordem dos Enfermeiros, 2001:6)
- ✓ Cuidados de Enfermagem – cuidados que se centram na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades) e que tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue, procurando, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a

doença e promover os processos de readaptação, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente. O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de atuação multiprofissional e distinguem-se dois tipos de intervenções de enfermagem: as iniciadas por outros técnicos da equipa - intervenções interdependentes - e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro - intervenções autónomas (Ordem dos Enfermeiros, 2001:9).

- ✓ Ambiente – O ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001:6).

Concretizando um pouco mais, e de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010:2), Enfermeiro *“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”*.

Desta forma, as suas competências especializadas são definidas de acordo com o aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização, detêm competências comuns que se aplicam em todos os ambientes e contextos, independentemente do nível de cuidados de saúde – primário, secundário ou terciário (Ordem dos Enfermeiros, 2010:2).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010), as competências comuns organizam-se em quatro domínios de competência, nomeadamente:

- ✓ Responsabilidade profissional, ética e legal, onde se prevê que o Enfermeiro Especialista desenvolva a prática profissional e ética no seu campo de intervenção promovendo o respeito pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais;

- ✓ Melhoria contínua da qualidade, onde se prevê que o Enfermeiro Especialista desempenhe um papel dinamizador na área da governação clínica, trabalhando em programas de melhoria contínua da qualidade e promove o ambiente seguro;
- ✓ Gestão dos cuidados, onde se prevê que o Enfermeiro Especialista gira os cuidados de Enfermagem para otimizar a resposta da equipa de enfermagem e otimize a qualidade dos cuidados através gestão de recursos e estilos de liderança apropriados;
- ✓ Aprendizagens profissionais, onde se prevê que o Enfermeiro Especialista desenvolva o autoconhecimento e a assertividade, baseando a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

A Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica divide-se em duas áreas: Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. Atendendo ao foco de atenção deste relatório, e de forma a garantir um melhor desenvolvimento das competências específicas, centramo-nos apenas na área da Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Para apresentarmos as competências específicas, importa dizer que os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são *“cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010:2). Neste contexto e face à complexidade da situação, são definidas as seguintes competências (Ordem dos Enfermeiros, 2012:2):

- a) Cuida da Pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência multiorgânica;*
- b) Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência-multivítima, da conceção à ação;*
- c) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas;*

De seguida, apresentamos o Desenvolvimento de Competências nos Enfermeiros, de forma a enquadrar o projeto desenvolvido em âmbito de estágio, nomeadamente o PIS e contextualizar o processo de integração para fundamentar os documentos desenvolvidos.

#### d. Desenvolvimento de Competências nos Enfermeiros - o Processo de Integração

*“Num contexto de complexidade e de imprevisibilidade característico das interações nos cuidados de enfermagem, os indivíduos mobilizam capacidades na acção para fazer face à complexidade das situações de trabalho, ou seja, agem com competência.”* (Serrano, 2008:77). Para tal, os profissionais precisam de estar capacitados e ser competentes no local onde praticam os cuidados de Enfermagem, pelo que a integração assume um papel determinante, uma vez que *“a aprendizagem afeta poderosamente a maneira pela qual a pessoa pensa, sente e age”* (Chiavenato, 2006:397).

*“A aprendizagem experiencial em situações de alto risco requer coragem e ambientes que apoiem a aprendizagem (...) [e] requer o desenvolvimento de um sentido de estrutura moral e de responsabilidade”* (Benner, 2001:13). De acordo com Chiavenato (1999), o processo de integração é um processo dinâmico, onde a organização influencia o comportamento do novo funcionário (socialização) e este procura influenciar a organização de forma a criar uma situação laboral satisfatória para si (personalização).

A integração e adaptação dos enfermeiros ao seu contexto de trabalho, tendo em consideração o supracitado, têm sido uma preocupação crescente em muitos países e estudada de diversos prismas (Pedroso, 1996; Potra, 1997; Cockerham *et al*, 2011).

Esta preocupação reflete a importância vital que as aprendizagens realizadas em contexto laboral têm para as organizações e para o indivíduo, visto que este é uma expressiva fonte de saberes (Pires, 2002). Estas aprendizagens *“não se limitam à aquisição de um conjunto de saberes e saberes-fazer necessários à prática, mas contribuem para o desenvolvimento e evolução dos indivíduos e estão fortemente articuladas com questões identitárias”* (Bártolo, 2007:25).

Com o intuito de melhor contextualizar este projeto, optámos por explicar três temáticas: Aprendizagem e Formação; O Desenvolvimento de Competências de acordo com Benner;

e, A Integração. Com isto, pretendemos fundamentar o PIS, que posteriormente analisaremos.

### *i. Aprendizagem e Formação*

O enfermeiro tem de mobilizar um conjunto de saberes teóricos, adquiridos no percurso formativo, de saberes práticos, adquiridos no exercício da enfermagem e de saberes técnicos aplicados à experiência (Serrano, 2008). Esta mobilização de saberes é um processo complexo que é facilitado pelos seus pares na integração. A mesma autora (2008:48) diz-nos que a *“aprendizagem surge da interação da pessoa com o contexto e refere-se a desafios enfrentados na vida, na educação, nas instituições e na comunidade, ou seja ocorre sempre que a pessoa age e interage, reflete e pensa”*.

De forma mais sintética, Chiavenato (2006:396), diz-nos que a *“aprendizagem é o processo pelo qual as pessoas adquirem conhecimento sobre seu meio ambiente e suas relações durante o próprio tempo de vida. Como resultado da experiência ocorrem conexões no cérebro que permitem à pessoa alguma forma de associação entre os eventos do mundo a seu redor ou entre evento e a consequência que afeta a pessoa ou ainda entre a ação e o evento. O aprendizado acontece quando ocorre mudança de comportamento da pessoa em resposta a uma experiência anterior”*.

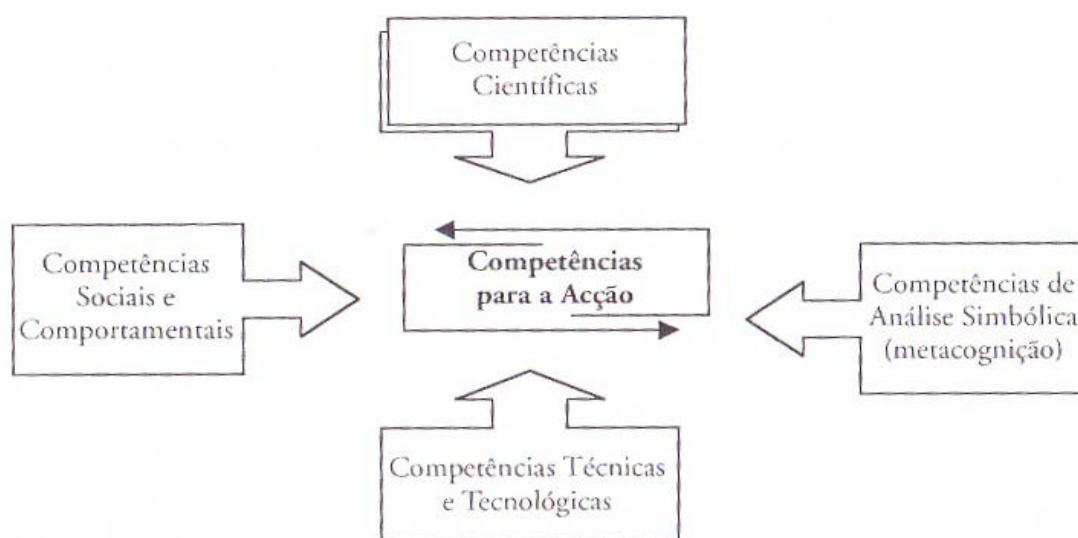
A personalidade humana de cada indivíduo interfere com a sua capacidade de aprendizagem, motivo pelo qual é amplamente estudada. De acordo com Chiavenato (2006), existem dois fatores determinantes na aprendizagem e que devem ser tidos em linha de conta: o Fator hereditário (a herança genética de cada pessoa, por exemplo, o sexo, estatura, peso, cor, feições, instinto e impulsos, estrutura biológica e fisiológica, necessidades primárias, entre outros) e o Fator ambiental (a aprendizagem, nomeadamente, experiências pessoais, hábitos, crenças, valores, percepções, sistema cognitivo, necessidades secundárias, etc.).

Por esse motivo, percebemos que a *“aprendizagem é entendida como um processo holístico, que permite estabelecer pontes conceptuais entre diferentes situações e contextos (como a escola e o trabalho), que ocorrem de forma contínua, ao longo da vida do indivíduo.”* (Bártolo, 2007:28)

Para Chiavenato (2006) são várias as condições que afetam a aprendizagem, nomeadamente: Lei do efeito (a pessoa tende a manter um comportamento que produza efeito recompensador e descontinuar os outros comportamentos), Lei do estímulo (os estímulos, incentivos ou recompensas contínuos tendem a manter padrões estáveis de comportamento), Lei da intensidade (quanto mais intensa forem os exercícios e práticas de aprendizagem, mais rápida e eficaz é a aprendizagem), Lei da frequência (a frequência das práticas e exercícios tendem a servir de reforço à aprendizagem), Lei da recentidade (quanto mais frequente, menos a aprendizagem cairá no esquecimento), Lei do descongelamento (é necessário desaprender hábitos velhos para substituí-los por novas experiências) e Lei da complexidade crescente (a aprendizagem é afetada pelo esforço exigido para atingir resposta, pelo que se deve começar do mais simples para o mais complexo).

Para Trigo (2002), são cinco os principais domínios que a educação/formação deve integrar de forma a manter-se resistente ao tempo e às novas tecnologias: Competências de Análise Simbólica, Competências Sociais e Comportamentais, Competências para a Ação, Competências Científicas e Competências Técnicas e Tecnológicas, integradas tal como sugere a Figura 2.

**Figura 2 - Competências da Educação/Formação**



**Fonte: Tendências da Educação (Trigo, 2002)**

As Competências de Análise Simbólica traduzem metacognição, ou seja, identificação, resolução e intermediação de novos problemas, procurando acautelar e perspetivar futuro,

entre outros. As Competências Sociais e Comportamentais traduzem cooperação, ou seja, habilidade de trabalhar em equipa, promovendo a multiculturalidade, a negociação e o convívio, entre outros. As Competências para a Ação refletem a capacidade de criar oportunidades, planear ações, implementar e desenvolver planos, saber como reagir ao fracasso e recomeçar, entre outros. As Competências Científicas refletem a capacidade de conhecer investigar, observar questionar-se, refletir, entre outros. As Competências Técnicas e Tecnológicas refletem a capacidade de saber utilizar as novas tecnologias ao serviço de todos, formando e trabalhando com as mesmas, bem como criar e divulgar conteúdos multimédia (Trigo, 2002).

Na formação profissional contínua, não existe a habitual dicotomia entre lugar de «aprender» e o lugar de «fazer», uma vez que as situações formativas são dirigidas para situações de trabalho (Canário, 2000).

Couceiro (2002:43) acrescenta a ideia de que *"os saberes e aprendizagens não estão linearmente articulados com uma dada situação"*, referindo que *"é ao longo do percurso que os saberes e as competências se vão revelando e consolidando"*, o que demonstra a importância do tempo na construção do conhecimento.

Neste contexto, a experiência anterior deve ser valorizada servindo de *"ponto de partida fundamental, para organizar processos deliberados de formação"*, o que se fundamenta na *"cumulatividades das experiências vividas (...)"* [e na] *capacidade do sujeito para as tirar e reelaborar, integrando-as como sabres susceptíveis de serem transferidos para outras situações, integrando-as na unidade global que representa o processo de autoconstrução da pessoa"* (Canário, 2000:112).

No Memorando de Aprendizagem ao Longo da Vida (Comissão das Comunidades Europeias, 2000), descrevem-se três categorias básicas de aprendizagem:

- ✓ Aprendizagem formal: acontece em instituições formais de ensino e formação e resulta em diploma e qualificações reconhecidos;
- ✓ Aprendizagem não-formal: acontece simultaneamente aos sistemas de ensino e formação e não conduz obrigatoriamente a certificados formais nem qualificações. Pode ocorrer no local de trabalho ou atividades de organizações ou grupos da sociedade como organizações de juventude, sindicatos e partidos políticos, entre outros. É ainda nesta



categoria que se incluem os cursos complementares como aulas de arte, música e desporto ou ensino privado de preparação para exames, entre outros;

- ✓ Aprendizagem informal: ocorre naturalmente ao longo da vida quotidiana. Este tipo de aprendizagem pode ou não ser intencional e, desta forma, pode não ser reconhecida pelos próprios.

Em jeito de síntese, importa ainda referirmos que *"as pessoas só planearão atividades coerentes de aprendizagem ao longo das suas vidas se quiserem aprender"* (Comissão das Comunidades Europeias, 2000:12).

De seguida, apresentamos o Desenvolvimento de Competências segundo Benner, de forma a contextualizar o que pretendemos atingir com o processo de integração.

## *ii. O Desenvolvimento de Competências segundo Benner*

Tendo em conta o supracitado, parece-nos pertinente apresentar o trabalho de Benner onde esta aplica o modelo de aquisição de competências de Dreyfus à Enfermagem. Neste modelo, é determinado que na aquisição de competências, a pessoa percorre cinco níveis: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001). A passagem por estes níveis pressupõe mudanças em três aspetos: confiança na utilização de princípios abstratos, que constituem a experiência em concreto; a maneira como a pessoa vê e apercebe a situação (como um todo em vez do conjunto das partes); e, *"é a passagem de observador desligado a executante envolvido"*. É ainda de referir que, tal como afirma Benner (2001:50), este *"é um modelo dependente da situação e não relativo à inteligência ou aos dons de uma pessoa"*.

Segundo Benner (2001), os estados de desenvolvimento de competência são:

- ✓ Estado 1 – Iniciado: não têm nenhuma experiência com as situações com que é confrontado. É-lhes apresentado as regras, em termos objetivos, de forma a orientar os seus atos, pelo que apresentam um comportamento rígido de cumprimento das mesmas. É neste nível que se encontram os estudantes de enfermagem e os enfermeiros que integram num novo serviço;
- ✓ Estado 2 – Iniciado Avançado: apresentam comportamento aceitável, uma vez que já tiveram situações reais das quais extraíram os fatores significativos e que reproduzem

em situações análogas (classificados como aspetos de situação); necessitam de ser enquadrados no contexto da prática (por exemplo, na gestão de prioridades); o seu trabalho deve ser verificado a fim de garantir que as necessidades das pessoas não são negligenciadas;

- ✓ Estado 3 – Competente: prevê-se que o enfermeiro que trabalhe no mesmo serviço há 2 ou 3 anos e que seja capaz de aperceber-se, em termos objetivos, dos seus atos e planos (conscientes e deliberados) a longo prazo; tem sentimento de quem sabe o que faz e que é capaz de responder a imprevistos na sua prática de enfermagem;
- ✓ Estado 4 – Proficiente: entende as situações como uma globalidade e não atos isolado, sendo os seus atos guiados por máximas; aprende através da experiência os acontecimentos típicos de uma determinada situação bem como reconhecer quando não acontece; este fenómeno permite saber quais os atributos que são importantes e permite que reconheça a deterioração do estado da pessoa antes dos sinais vitais o demonstrarem;
- ✓ Estado 5 – Perito: compreende cada situação de forma intuitiva, não necessitando de um conjunto de soluções e diagnósticos possíveis; já não se apoia em regras ou máximas.

De seguida, apresentamos A Integração, de forma a contextualizar e enquadrar teoricamente o que fazer num processo de integração de forma a atingir os melhores resultados possíveis.

### *iii. A integração*

*“A enfermagem é praticada em contextos reais, com dificuldades, possibilidades e recursos reais. Os ambientes de trabalho podem criar constrangimentos às habilidades de resposta eficaz que cada pessoa possui”* (Benner, 2001:18). De acordo com Chiavenato (1999), a organização deve integrar os novos profissionais no seu contexto, nas suas práticas e na sua filosofia, ou seja, realizar a socialização organizacional, onde se pretende que a organização leve os seus profissionais a comportarem-se de maneira adequada às suas expetativas e necessidades.

*"O ambiente hospitalar representa actualmente uma organização complexa, onde se inscrevem múltiplos atores, percursos, processos."* (Bártolo, 2007:17). O contexto

profissional é determinante no processo de socialização, na medida em que a existência de estruturas organizadas são “(...) *princípios geradores e organizadores de práticas e condições de produção adaptadas às exigências. Neste caso, os contextos permitem a adaptação ou integração de novos esquemas de acção, onde os significados e as práticas são apreendidos, tornando-se depois inconscientes, como se estivessem inscritos no corpo*” (Serrano, 2008:24).

Sekiou (2009) diz-nos que os empregadores devem ser fator de integração e aprendizagem, contribuindo para que todos os trabalhadores apreendam os novos conhecimentos do seu cargo, adquiram o sentido de cultura organizacional, melhor conhecimento do cliente e suas necessidades, e maior preocupação de excelência e trabalho de equipa. “*Os diferentes tipos de saberes integram um processo de construção cognitivo (interno ao organismo), afectivo (relacional, orientado para o exterior), simbólico (representação do mundo) e interactivo que constitui, no contexto, a socialização profissional*” (Serrano, 2008:23).

O programa de integração visa adaptação e ambientação inicial do novo empregado ao ambiente social e físico e deve ser feita através de um programa sistemático (Chiavenato 2006). Este é um programa formal e intensivo onde se prevê que os novos funcionários se familiarizem com a cultura organizacional, a estrutura da organização, objetivos e incorpore padrões de comportamento que a organização considere imprescindíveis para o seu bom desempenho. “*As organizações lançam mão de uma variedade de meios para desenvolver as pessoas, agregar-lhes valor e torná-las cada vez mais capacitadas e habilitadas para o trabalho*” Chiavenato (2006:393).

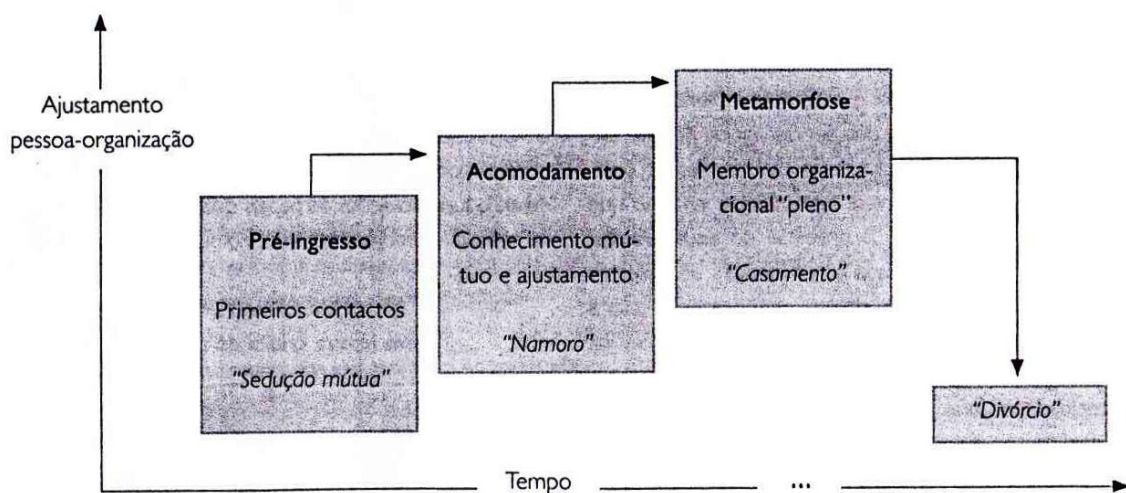
Devido aos “*riscos que comporta, tanto para enfermeira como para o doente, os cuidados de enfermagem competentes necessitam de programas de educação bem planificados*” (Benner, 2001:23). Tanto na construção como na operacionalização do programa, a participação da equipa de enfermagem é essencial. Deve existir revisões periódicas dos conteúdos e estes devem estar alinhados com a prática profissional (Siqueira e Kurcgant, 2005).

As vantagens da existência de um programa de integração são: reduzir a ansiedade, reduzir o índice de rotatividade, economizar tempo e desenvolver expectativas realistas (Chiavenato, 1999; Ivancevich, 2008). O programa serve então para transmitir mensagens claras sobre a cultura, emprego e as expectativas da empresa (Ivancevich, 2008).

Os principais objetivos são: Preparar as pessoas para executar imediatamente as tarefas do cargo; Proporcionar oportunidades para o contínuo desenvolvimento pessoal (para o cargo atual e funções mais complexas e elevadas), e, Mudar a atitude para criar um clima satisfatório, aumentando a sua motivação (Chiavenato, 2006).

Para Cunha (2007), é um processo contínuo constituído por três fases: pré-ingresso, acomodação e metamorfose. A primeira corresponde à fase anterior ao início de funções, até mesmo do processo de selecção, uma vez que a pessoa forma imagens e cria expectativas sobre a organização e como se adaptará a esta. Para além disso, na fase do recrutamento, a instituição fornece informação sobre a instituição. A segunda fase, a acomodação, inicia-se quando a pessoa assume novas funções. A pessoa aprende as competências para exercer as suas funções, conhece a cultura organizacional e apreende o que esperam dele. A terceira fase, a metamorfose, inicia-se quando o profissional assume em pleno as suas funções. Pode ser sinalizada com um ritual formal (cerimónia, jantar, entre outros) ou informal (a equipa convida ou integra o novo elemento como um deles convidando para as suas atividades). Estes estádios estão representados na Figura 3.

**Figura 3 - Estádios da Socialização Organizacional**



**Fonte: Manual de Comportamento Organizacional e Gestão (Cunha, 2007)**

Segundo Potra (1997); Chiavenato (1999); Cunha (2007), o processo de integração pode ter diferentes táticas, nomeadamente:

- ✓ Formal ou informal – quando a pessoa é informada do que é pretendido de si, no seu papel de integrando; é o caso dos programas de integração; quando tal não se verifica, e a pessoa é colocada logo no local de trabalho é informal;
- ✓ Individual ou coletivo – quando os novos elementos são socializados individualmente ou através de um conjunto de experiências idêntico;
- ✓ Uniforme ou variável – uniforme quando existem estágios padronizados entre etapas; variável quando não existe, por parte da organização, padronização das etapas;
- ✓ Sequencial ou aleatória – sequencial quando a organização utiliza papéis que treinam e encorajam o novo funcionário, ou aleatória quando os novos funcionários atuam por conta própria;
- ✓ Reforço ou eliminação – reforço quando apoiam as qualidades e qualificações como necessário para o sucesso no cargo ou eliminação, quando se pretende eliminar características indesejáveis;
- ✓ Serial ou Disjuntiva – serial quando existe um membro mais antigo e experiente, que serve de modelo; disjuntiva quando tal não acontece.

Cunha (2007) fala ainda em cinco características fundamentais: Longitudinalidade (envolve perspetiva temporal mais ou menos alargado; numa fase inicial, conhecem a cultura, depois são aceites pelos colegas e passam de aprendizes a membros completos com acesso aos circuitos informais); Aquisição de informação (envolve, num processo cognitivo, a aquisição de informação sobre a realidade institucional, nomeadamente sobre a tarefa, papel social, grupo e organização); Aprendizagem social (envolve a aculturação da pessoa, ou seja, processo que contribui para a homogeneidade cultural); Mudança pessoal (resultante das fases anteriores, os novos elementos sofrem mudança que é tanto maior quanto a organização tenha um processo de Reforço ou Eliminação); e, Complexidade dos resultados (para o individuo, experiência profissional, sentimento de pertença, satisfação e desenvolvimento pessoal; para a instituição, um profissional adaptado às suas funções e empenhado na melhoria).

Chiavenato (2006) diz-nos que o conteúdo do programa pode envolver quatro tipos de mudança: Transmissão de informações (sobre a organização, os seus clientes, produtos e

serviços, políticas diretrizes, regras e regulamentos), Desenvolvimento de habilidades (para a execução de tarefas, manuseamento de equipamentos, máquinas e ferramentas próprias), Desenvolvimento ou modificação de atitudes (mudar atitudes negativas para favoráveis, melhoria da sensibilidade com as pessoas e clientes e consciencialização das relações) e Desenvolvimento de Conceitos (para ajudar as pessoas a pensar em termos globais e estratégicos). Cunha (2007), citando Feldman, considera que deve integrar aquisição de um conjunto de comportamentos apropriados ao papel do novo funcionário, desenvolvimento de competências e capacidades relacionadas com o trabalho e ajustamento aos valores e normas do grupo.

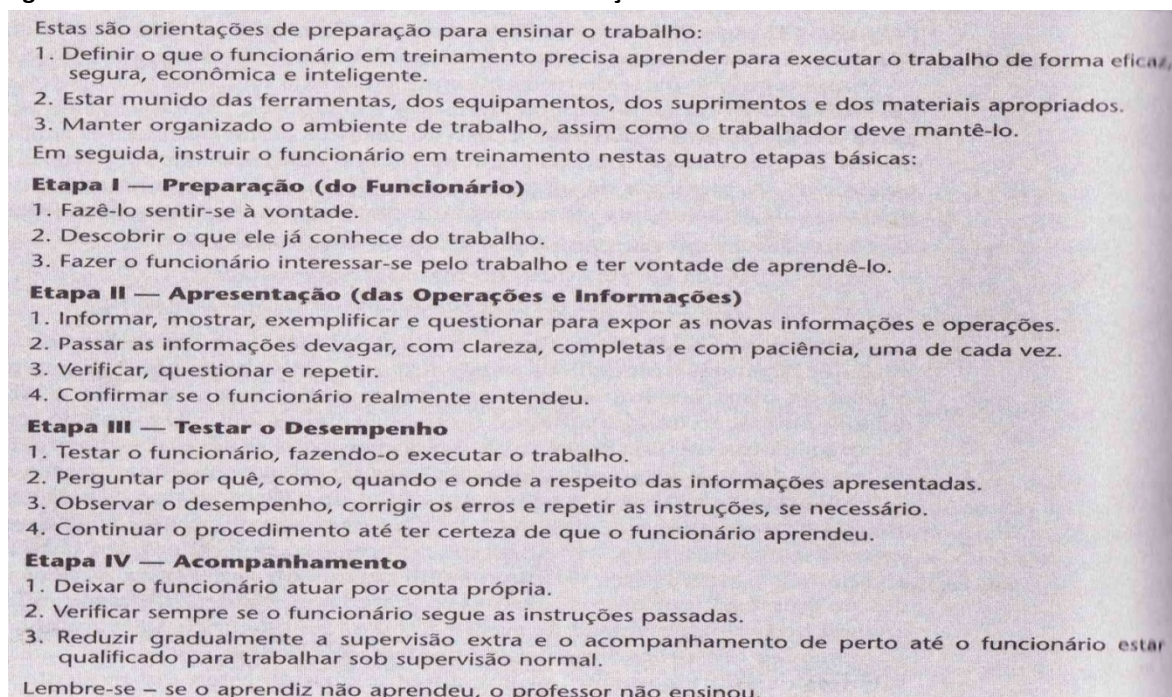
Segundo Chiavenato (1999), no processo de socialização, o novo funcionário pode ter um tutor que seja capaz de cuidar da sua integração. Este deve acompanhá-lo e orientá-lo, respeitando quatro funções básicas: transmitir uma descrição clara da tarefa a ser realizada, proporcionar todas as informações básicas de como executar a tarefa, negociar metas e resultados a atingir e proporcionar a avaliação do seu desempenho. Este deve ser o seu chefe mais próximo, instrutor especializado ou colega (Chiavenato, 2006). Em empresas de pequeno porte, habitualmente, quem conduz a orientação de novos funcionários são os próprios gestores. Num programa mais sistemático, o novo funcionário pode ser orientado no local por um trabalhador mais experiente, que seja capaz de resolver as suas dúvidas e manter um contato próximo durante o período de iniciação do trabalho (Ivancevich, 2008). *"É preciso muito cuidado para escolher um bom instrutor ou treinador. Até certo ponto, o sucesso do programa de treinamento depende da escolha da pessoa certa que executará a tarefa de treinar"* (Ivancevich, 2008:407). O mesmo autor destaca como fator importante de escolha as características pessoais (falar bem, escrever bem, inspirar os outros a querer mais, ser criativo). O instrutor deve estar motivado para fazê-lo e ser recompensado se o fizer bem.

Segundo Ivancevich (2008), os programas de integração variam desde conversas pessoais e informais a programações formais complementares às apresentações verbais e com documentação impressa. Normalmente, as orientações formais correspondem à apresentação do edifício e instalações da empresa, seja por meio de visita, seja por slides. Em determinadas situações, é mais indicado um procedimento mais sistemático e dirigido, onde estejam presentes inicialmente, as informações mais relevantes e imediatas e posteriormente, as mais gerais da organização, devendo ocorrer a um ritmo confortável

para o novo funcionário. Para Ivancevich (2008), "*a parte mais significativa (...) é o aspecto humano*", devendo o novo funcionário ser informado das características dos supervisores e colegas, de quanto tempo é esperado para que atinja os padrões desejáveis para um trabalho eficaz e ser constantemente incentivado a pedir ajuda quando necessidade.

Um programa de integração deve ter tempos definidos para aprender as políticas do hospital e serviço/unidade, procedimentos e protocolos de aplicação clínica e, posteriormente tempo para a prática clínica. Num programa sistemático e bem elaborado, o novo funcionário deve ser informado do que se espera dele. O supervisor deve assumir o programa e dar seguimento (Ivancevich, 2008). No programa devem existir cerca de 2 semanas para estudar a documentação necessária e 8-10 semanas de prática orientada no serviço/unidade onde se prevê checklist de tarefas orientadas com elevado foco na prática clínica e na gestão de prioridades de forma a garantir todos os cuidados de enfermagem necessários (Cockerham *et al*, 2011). O método mais usado é a integração nas atividades do dia a dia da função, ou seja, o funcionário é colocado na situação real e exposto às tarefas por um colega experiente (Ivancevich, 2008). Na Figura 4, apresentamos as etapas de um treinamento instrucional desenvolvido durante a Segunda Guerra Mundial. Estas instruções são dadas aos supervisores de como receber os novos funcionários.

**Figura 4 - Métodos de Treinamento Instrucional na Função**



Fonte: Gestão de Recursos Humanos (Ivancevich, 2008)

Cockerham *et al* (2011) referem a importância da realização de reuniões periódicas durante o período de integração de forma a aferir quais as áreas de melhoria. Ivancevich (2008:398) diz-nos ainda que *"deve-se dar tempo suficiente para o novo funcionário se familiarizar com o ambiente antes de começar a exigir mais do seu trabalho"*.

As competências a desenvolver devem ser adequados ao contexto onde se integra. Em cuidados críticos, Lakanmaa *et al* (2012) evidenciam 5 domínios: conhecimento teórico, conhecimento prático, atitudes e valores, experiência e personalidade. Os primeiros quatro referem-se a princípios de cuidados de enfermagem, linhas orientadoras clínicas, intervenções de enfermagem, atividade ética, tomada de decisão, trabalho desenvolvido e colaboração. No quinto domínio, refere-se à humanidade e ética, forma de trabalho e motivação.

Para assegurar uma correta orientação, deve existir um sistema de feedback, nomeadamente através de um formulário de opinião. Este deve ser preenchido por ambos (Ivancevich, 2008). *"Os actores não se formam a partir da definição de um conjunto de objetivos e conteúdos previamente estabelecidos, mas através de uma dinâmica reflexiva sobre a prática profissional"* (Bártolo, 2007:26). Estas avaliações devem ser realizadas de forma continua e incidindo inicialmente na observação e competências técnicas e relacionais, administrativas e éticas.

Após o tempo estabelecido, o enfermeiro integrado deve executar as suas funções de forma independente, estando previsto recorrer a outro enfermeiro se considerar necessário (Siqueira e Kurcgant, 2005). Deve existir uma reunião no primeiro mês de trabalho para verificar que o funcionário está bem adaptado e para avaliar o programa (Ivancevich, 2008).

De seguida, apresentamos o PIS, explanamos o Diagnóstico de situação, Planeamento do Projeto e Execução, Avaliação e Divulgação.



## 2. Projeto de Intervenção no Serviço

Neste capítulo, apresentamos o PIS, desenvolvido no contexto dos estágios referidos na introdução. De acordo com o Guia Orientador dos Estágios (Nunes e Ruivo, 2012), prevê-se que este sirva essencialmente para a aquisição/aprofundamento das Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas.

A metodologia de projeto tem como *“objectivo principal centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projectos numa situação real. [Consiste] numa ponte entre a teoria e a prática”* (Nunes et al, 2010:3). As mesmas autoras referem-nos que a metodologia é composta por cinco etapas: Diagnóstico de Situação; Definição de Objetivos; Planeamento; Execução e Avaliação; e, Divulgação.

Pelos motivos supracitados, este capítulo está estruturado em quatro subcapítulos, onde explanaremos o Diagnóstico de situação; o Planeamento; a Execução, Avaliação e Divulgação; e, por último, Análise das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

### a. Diagnóstico de Situação

O Diagnóstico de Situação corresponde à primeira etapa da metodologia de projeto e *“visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende actuar e mudar”* (Nunes et al, 2010:10).

Por esse motivo, deve ser algo fundamentado e organizado. A ficha de Diagnóstico de Situação da ESS/IPS foi preenchida em tempo oportuno e encontra-se nos Apêndices (Apêndice 2). De clarificar que foram retirados os seus apêndices por estarem presentes neste relatório.

Com o intuito de apresentar um diagnóstico de situação bem fundamentado, optámos por estruturá-lo em três pontos que de seguida apresentamos: O Serviço - Que necessidades; Aplicação das Ferramentas Diagnóstico; e, Definição do Problema.

De seguida, apresentamos O Serviço - Que necessidades, onde refletimos acerca das necessidades do serviço que serviram de base para a escolha do tema a trabalhar no PIS.

*i. O Serviço – Que necessidades*

O conhecimento prévio do serviço onde decorreu este estágio foi facilitador da identificação de necessidades e adaptação ao mesmo. A descrição do Serviço de Cirurgia Geral, pertinente para perceber a dinâmica e funcionamento do mesmo bem como para compreender algumas decisões metodológicas, foi elaborada no relatório do Estágio 1; e revista e atualizada para este, podendo ser consultada em Apêndices (Apêndice 3).

O Estágio 1 (bem como parte do Estágio 2) foi no Curso de Pós-Graduação de Enfermagem Perioperatória, em 2011, no Serviço de Cirurgia Geral e onde foi delineado um PIS (até à fase de planeamento) cuja implementação e conclusão seria neste estágio do mestrado. No início do mesmo, foram reavaliadas as necessidades do serviço, para perceber se mantinha a pertinência e se continuava a ser o mais prioritário.

O trabalho com o tema “Cuidados Pós-Operatórios” (do Curso de Pós-Graduação de Enfermagem Perioperatória) foi projetado para a Enfermaria do Serviço de Cirurgia Geral e o presente projeto (e estágio), deveria ser na UCIC, pelo que constituiu um entrave inicial. Ainda assim, poderia ser adaptado exclusivamente à UCIC e global, neste caso, "Cuidados Perioperatórios".

Após uma entrevista não estruturada de carácter exploratório com a Enfermeira Chefe e a Enfermeira Orientadora, concluiu-se que não era o mais pertinente no atual momento. Em primeiro lugar, porque existiram mudanças político-económicas que alteraram a aceitação da equipa face a este tema; depois, porque, embora pertinente, a sua execução envolvia mudanças estruturais; e finalmente, porque existiam outras necessidades pertinentes e prioritárias e que permitiam um melhor desenvolvimento das competências previstas.

Assim, e baseado no conhecimento prévio do serviço realizado no Estágio 1, nas (atuais) entrevistas não estruturadas com Orientadora e Enfermeira-Chefe, concluiu-se que as necessidades são: Cuidados Perioperatórios (já explicitado anteriormente), Regulamento Interno da UCIC e Integração de Enfermeiros na UCIC.

De seguida, apresentamos a Aplicação das Ferramentas Diagnóstico, explanando sobre as mesmas e com as quais justificámos a pertinência do tema para execução em PIS.

## *ii. Aplicação das Ferramentas Diagnóstico*

Após a identificação das necessidades emergentes da UCIC, é importante agora perceber qual ou quais as áreas emergentes de atuação. Para tal, foi necessário aplicar ferramentas de diagnóstico que permitem, por um lado, concretizar o problema e, por outro, justificar a sua pertinência. De acordo com o Nunes *et al* (2010:12), “*um dos aspectos mais importantes consiste na avaliação da qualidade e pertinência do problema*”. Existem variados métodos ao dispor de quem utiliza a metodologia de projecto (e não só). Os métodos escolhidos devem ser adaptados ao problema, pelo que, só após reflectir acerca das temáticas é que foram escolhidas as ferramentas.

Das necessidades identificadas, os Cuidados Perioperatórios não são a opção mais pertinente nem prioritário pelo explicitado anteriormente. O Regulamento Interno, algo de elevada pertinência e prioridade, encontra-se a ser trabalho por outro profissional, pelo que o tema mais adequado parece ser a “Integração de Enfermeiros na UCIC”. De seguida, e com objetivo de envolver a equipa neste projeto, durante alguns turnos, os profissionais da UCIC foram abordados acerca importância dessa temática e incentivados a dar a sua opinião, que foi favorável. A escolha das ferramentas cingiu-se à aplicação de questionário, à ferramenta SWOT e à Stream Analysis.

O questionário foi aplicado após o pedido formal de autorização à instituição e que pode ser consultado nos Anexos (Anexo 1). Segundo Fortin (2009), questionário é um instrumento de colheita de dados onde o participante responde a um conjunto de questões e que tem por objetivo colher informação sobre acontecimentos ou situações conhecidas. O nosso propósito com esta ferramenta foi envolver a equipa neste projeto e perceber a aceitação do mesmo, para permitir validar a temática. De referir que o questionário aplicado foi sujeito a pré-teste. A escolha pela aplicação de questionário justifica-se porque dão liberdade ao utilizador para elaborar as perguntas de acordo com a temática. Normalmente, os questionários usam escala de avaliação como a Escala de Likert em que numericamente a pessoa refere a intensidade com que concorda ou discorda (Ruivo *et al*, 2010). O questionário elaborado tem nove questões com resposta fechada, tendo sido deixado um espaço em branco para sugestões e comentários. As respostas fechadas foram analisadas estatisticamente. Para a análise das respostas abertas, recorreu-se à análise de conteúdo. Segundo Bardin (2011), este é uma técnica de investigação que permite a interpretação das comunicações, através de uma descrição objetiva, sistemática e

quantitativa do conteúdo. As diferentes fases de análise de conteúdo organizam-se em três pólos cronológicos: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, a inferências e interpretação (Bardin, 2011).

Assim, dos resultados dos questionários aplicados, destacamos as primeira e oitava questões porque foram estas que validaram o tema. A primeira, porque apresenta a forma como as pessoas se sentem quanto ao atual cenário de integração e as opiniões dividiram-se sendo que ninguém considerou o processo de integração Muito Adequado. A oitava questão, em que 100% das respostas foram favoráveis a uma sistematização do processo de integração para melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na UCIC. O questionário elaborado bem como os resultados do mesmo encontram-se nos Apêndices (Apêndice 4).

Com a aplicação da ferramenta SWOT, conseguimos organizar as principais vantagens e os principais obstáculos, sistematizando de uma forma clara e concisa os principais aspetos sobre o problema. A análise SWOT é *“uma das técnicas mais utilizada na investigação social, quer na elaboração de diagnósticos, quer em análise organizacional”* (Santos, 2009:14). Permite refletir e confrontar os fatores positivos e negativos (identificados em relação ao problema em questão). Nos fatores positivos, estão incluídas as *forças* (pontos fortes, trunfos, vantagens e potencialidades) considerados elementos favoráveis e internos ao próprio sistema, sendo que as *oportunidades* têm origem exógena; e nos fatores negativos estão incluídas as *fraquezas* ou debilidades, ou seja, as desvantagens ou pontos fracos, de caráter interno, mas os constrangimentos ou *ameaças* são fatores que provêm do exterior, que tendem a prejudicar o sistema (Santos, 2009). Após uma extensa reflexão, foi elaborada a SWOT que se encontra nos Apêndices (Apêndice 5). A apresentação da análise da SWOT surge em tabela e é descrita através dos quatro pontos que a constituem: S (Forças), W (Fraquezas), O (Oportunidades) e T (Ameaças). Da análise desta ferramenta, foi possível perceber que os fatores positivos de ordem interna – Forças - são claramente superiores, o que demonstra o ambiente interno favorável para a implementação de um projeto nessa área.

A Stream Analysis é baseada na teoria dos sistemas, em que se assume as organizações como sistemas abertos, compostos por vários subsistemas, cada qual com variáveis similares e que interagem entre si, direta ou indiretamente. Permite uma visualização

gráfica das interrelações existentes através dos mapas criados acerca dos problemas. Basicamente a ferramenta Stream Analysis consiste em criar uma representação gráfica das componentes de mudança organizacional: problema e intervenção. No Problema, este é apresentado no Mapa-Diagnóstico, organizado em colunas para cada uma das dimensões organizacionais (Organização Formal, Fatores Sociais, Tecnologias e Espaço Físico). De seguida, elabora-se o Mapa-Intervenção, onde se deve expor quais as intervenções que dão resposta ao Mapa-Diagnóstico (Porras, 2002). Com isto, foi elaborado um Mapa-Diagnóstico e Mapa-Intervenção de forma a dar resposta ao problema principal, decomposto nos seus problemas parcelares. Ambos podem ser consultados nos Apêndices (Apêndice 6). Da sua análise, percebe-se que existem várias variáveis que passíveis de corrigir/melhorar e outras que não depende apenas de nós. Na primeira categoria, surgem a Ausência de Norma de procedimentos sobre funcionamento / operacionalização dos equipamentos (em que pode ser criada); Aumento do stresse dos profissionais na UCIC (quando os procedimentos estão claramente definidos e inequívocos, o stresse diminui, pelo que a criação de uma norma ajuda a trabalhar nesta variável); Maior dificuldade em lidar com situações potencialmente geradoras de stresse (com a existência de uma norma, essa dificuldade fica minimizada); Desmotivação dos enfermeiros (profissionais que são reconhecidos e sentem-se úteis, conseguem auto-motivar-se); e, a Falta de formação avançada (SIV/SAV) em todos os elementos que exercem funções na UCIC (embora não sejamos responsáveis pela formação avançada, podemos sinalizar quem não a frequentou ainda, ou, através da norma, prever que apenas serão integrados profissionais com formação avançada).

Já na segunda categoria, incluem-se a Falta de recursos humanos, adequado a todas as necessidades (visto que não somos responsáveis pela contratação de pessoal); Inexperiência dos enfermeiros que iniciam funções na UCIC (visto que a inexperiência é inerente ao novo profissional); Material e tecnologia ao dispor na UCIC diferente do internamento, nomeadamente Ventiladores e Monitores com alguma complexidade (visto que por ser uma unidade, tem invariavelmente tecnologia mais complexa); Novos profissionais desconhecem o funcionamento da tecnologia e material (visto que o desconhecimento é inerente ao novo profissional); e, Espaço físico complexo com diferentes valências (uma vez que numa unidade, é importante estar tudo concentrado no mesmo local).

A atuação nestas variáveis permitem tornar este projeto mais sólido e consistente.

De seguida, apresentamos a Definição do Problema, onde procuramos expor o que é o nosso problema, bem como sobre os seus problemas parcelares.

### *iii. Definição do Problema*

*“Nem todos os problemas são igualmente bons e válidos”* (Leite *et al*, 2001:147), motivo pelo qual é importante a Definição do Problema. Para tal, o problema não pode ser demasiado geral nem abstrato, passível de ser decomposto numa ou mais questões para as quais existam respostas, refletir situações reais em que todos estejam implicados, integrar teoria e prática e trazer novos conhecimentos a todos. O problema sobre o qual se irá trabalhar deve ser possível de ser investigadas soluções de resposta, não excedendo a capacidade de cada um, nomeadamente relativamente aos conhecimentos prévios, recursos e tempo disponível (Leite *et al*, 2001).

*“A integração de um profissional de saúde representa um passo fundamental na garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados ao cidadão, bem como na satisfação do próprio profissional.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2008:16). É partindo deste pressuposto que surge o problema central deste projeto.

Na UCIC, os enfermeiros prestam cuidados a pessoas em situação crítica, maioritariamente do foro cirúrgico, pelo que têm necessidades específicas que não devem ser minimizadas. É um ambiente complexo para o qual contribui o elevado grau de incerteza existente das pessoas que necessitam dos cuidados. A preparação adequada dos enfermeiros que os prestam deve ser de excelência e adaptada à realidade do mesmo. Estando a referida unidade inserida no Serviço de Cirurgia Geral, os profissionais são integrados no internamento (enfermaria) numa fase inicial com um programa pré-estabelecido e monitorizado com a maior atenção. Este programa não contempla a UCIC, pelo que, *à posteriori* e após decisão da chefia, este enfermeiro é designado para prestar cuidados na unidade. A partir desse momento, o profissional é integrado pelos elementos da UCIC (normalmente o chefe de equipa) durante cerca de dois meses. Não existe documentação que normalize o processo de integração na UCIC, pelo que diferentes profissionais seguem filosofias diferentes de integração. A existência de várias formas de integrar leva a que

existam profissionais com integrações díspares, podendo ser “esquecidos” alguns dos apontamentos importantes.

*“A organização deverá (...) ter a preocupação de acolher os profissionais que iniciam as suas funções de uma forma que os motive para o novo trabalho que os espera, investindo um determinado tempo na aprendizagem adequada à aquisição da segurança necessária ao seu desempenho, sem supervisão directa.”* (Pedroso, 1996:118). Profissionais motivados são elementos essenciais para a qualidade dos cuidados. Na UCIC do CHX, pretende-se ter profissionais preparados e motivados para assegurar as suas funções, capazes de prestar cuidados à pessoa em situação crítica. É neste contexto que surge o problema central deste projeto: **não sistematização do processo de integração na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos do CHX.**

Analizado o problema, é possível identificar os problemas parcelares (para o qual contribuíram as ferramentas diagnósticas previamente apresentadas), que são os seguintes: Necessidade pessoal de aprofundamento de conhecimentos acerca da temática Integração/Socialização; Necessidade de construção de um documento sistematizador da integração; Necessidade de construção de documentos sistematizadores de registo do processo de integração; Necessidade de divulgação do projeto por toda a equipa.

Dos problemas parcelares identificados, consideramos que a primeira prioridade será a necessidade pessoal de aprofundamento de conhecimentos, pois será com base neste que poderá ser construído um projeto sólido. De seguida, a construção de um documento sistematizador será o passo a seguir bem como os documentos de registos relativos a este processo. Por fim, a divulgação do projeto pois só assim será possível implementar.

Os objetivos deste projeto surgiram a partir do diagnóstico de situação apresentado anteriormente e pretendem dar resposta ao problema identificado. De acordo com Mão de Ferro (1999), os objetivos gerais são enunciados de intenção que definem os resultados esperados e os objetivos específicos visam uma maior objetividade, sendo estes quantificáveis e na forma de comportamentos observáveis. Assim, o Objetivo Geral é Otimizar a integração dos novos elementos na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos.

De forma a conseguir concretizar o objetivo definido, foram definidos Objetivos Específicos:

- ✓ Elaborar revisão bibliográfica em bases de dados científicas credíveis sobre a temática “Integração”;
- ✓ Elaborar documento sistematizador do processo de integração na UCIC, sob a forma de Procedimento sectorial do Serviço de Cirurgia Geral do CHX;
- ✓ Elaborar instrumentos de registo do processo de integração;
- ✓ Divulgar o projeto na equipa, dinamizando a sua implementação;
- ✓ Testar a implementação do programa de integração na UCIC.

Para concretizar estes objetivos, precisamos de um plano bem definido, concretizável e realista.

De seguida, apresentamos o Planeamento do Projeto, onde se perspetiva como iremos dar resposta ao Problema anteriormente apresentado.

### **b. Planeamento do Projeto**

O “*processo de planificação, funciona como um processo de transformação de representações (...) é um lugar de meditação e de tratamento explícito de realidades*” (Barbier, 1996:140). Nesta fase, é clarificado o que vai fazer e como. A ficha de Planeamento do Projeto da ESS/IPS foi preenchida em tempo oportuno e encontra-se nos Apêndices (Apêndice 7). De clarificar que foram retirados os seus apêndices uma vez que os mesmos estão presentes neste relatório.

Com o intuito de apresentar um Planeamento do Projeto bem definido, concretizável e realista, optámos por estruturá-lo em quatro pontos que de seguida apresentamos: Atividades, Indicadores de Avaliação e Estratégias; Recursos; Constrangimentos; e, Aspetos Éticos.

#### *i. Atividades, Indicadores de Avaliação e Estratégias*

Atividade é entendida como um elemento realizado ao longo do projeto que tem uma duração prevista e prevê a utilização de recurso (Nunes *et al*, 2010). Assim, apresentam-se



as **atividades** que pretendemos desenvolver de forma a dar resposta aos objetivos específicos, apresentados anteriormente, bem como os indicadores de avaliação para cada atividade. Os indicadores são as medidas indiretas escolhidas para quantificar os conceitos (Fortin, 2009). Ou seja, e aplicando à Avaliação, são medidas que permitem quantificar se o objetivo foi atingido. *Estratégias*, por seu turno, corresponde ao modo como atingimos os objetivos. As principais atividades delineadas brotam dos objetivos específicos. Assim, falamos das atividades inerentes a Revisão Bibliográfica, Elaboração do Documento Sistematizador do Processo de integração na UCIC, Elaboração dos Respetivos instrumentos de registo do processo de integração, Divulgação do projeto na equipa e Teste da implementação do programa de integração na UCIC.

A Revisão Bibliográfica é necessária ao longo de qualquer projeto, uma vez que permite saber em que medida dado tema já foi trabalho (Fortin, 2009). Para além disso, a fundamentação é necessária para dar resposta a cada objetivo específico. Sendo a Enfermagem uma ciência, esta deve ser realizada através de bibliografia credível com conhecimento científico. Neste projeto especificamente permitem otimizar o processo de integração uma vez que é através da fundamentação em conhecimento científico que conseguimos melhorar. Para a construção deste PIS, as atividades definidas são: **a consulta das bibliotecas** do IPS procurando bibliografia sobre a temática Integração e características de Unidade de Cuidados Intermédios, nomeadamente na ESS, ESCE e ESE. Aquando do planeamento do mesmo, ponderou-se a utilização da metodologia de Revisão Sistemática Bibliográfica. Após uma fundamentação do que consistia esta metodologia, concluímos, tal como Ramalho (2005:30) afirma, a revisão bibliográfica narrativa, é mais ampla e tem como objetivo "*promover o enfoque multidisciplinar ou clarificar ideias*". No entanto, é importante referir que esta obedeceu aos princípios da Revisão Sistemática, quanto aos passos a seguir nomeadamente na identificação da necessidade de revisão, identificação da literatura, seleção dos estudos, avaliação da qualidade dos estudos e extração e síntese dos dados. Assim, planeámos a **realização de pesquisa na internet** com os termos Integração, Socialização, Treinamento, Acolhimento, Orientation e Induction associados a Enfermagem e Nursing em bases de dados como EBSCO, COCHRANE e B-ON; posteriormente, previmos a **avaliação da qualidade dos artigos**; bem como **consulta na intranet do CHX** os programas de integração das Unidade de Cuidados Intensivos e Unidades de Cuidados Intermédios existentes e, por fim, **construímos uma síntese**

coerente com todos os dados. O indicador de avaliação desta atividade é Apresenta uma revisão bibliográfica no enquadramento conceptual no relatório, que contemple informações sobre o que é a integração, vantagens e objetivos, características do processo, táticas a utilizar, conteúdos a abordar, responsável do programa e tempo idealizado. As estratégias para estas atividades foram sendo apresentadas durante as mesmas, mas resumidamente são *utilizar palavras-chaves direcionadas* em português e inglês para a temática em estudo, consultando *bases de dados fidedignas, bibliotecas coerentes com a pesquisa, avaliar a qualidade dos resultados da pesquisa através da identificação dos autores, instituições envolvidas, atualidade, fonte utilizada, entre outros*, e *sistematizar os resultados apresentados num único resumo*, para que não repetição de informação desnecessária.

A Elaboração do Documento Sistematizador do Processo de integração na UCIC tem como atividades previstas a **Seleção dos elementos úteis** na pesquisa efetuada previamente para a construção do programa (tempo definido, conteúdos a integrar no programa e características do integrador/integrando, avaliação do integrando), a **Aplicação do questionário** sobre o programa de integração aos colegas, **Tratamento dos dados do questionário**, **Construção de protótipo de documento com o layout** definido pelo CHX, baseado na pesquisa e no questionário aplicado aos enfermeiros da UCIC, **Distribuição do protótipo I** pelos colegas, **Recolha das sugestões**, **Elaboração do protótipo II**, **Distribuição do protótipo II à orientadora, professora e Enfermeira chefe**, **Recolha de sugestões**, e, **Construção do documento final**. Este documento vai permitir a sistematização e consequente uniformização do processo de integração, como já foi referido anteriormente. Os Indicadores de Avaliação desta atividade são: Apresenta pelo menos 50% de respostas ao questionário, Apresenta a análise dos dados dos questionários, Apresenta resumo das sugestões obtidas em cada discussão com os diversos elementos e Apresenta documento construído. Para que esta norma esteja adaptada à realidade em questão, é necessário que seja aprovada por quem vai utilizar. Por isso, como estratégias, este documento tem por base *a revisão bibliográfica aprofundada*, prevista no ponto anterior, bem como *os resultados dos questionários aplicados*, que podem ser consultados nos Apêndices (Apêndice 4). É ainda de salientar que vai ser *elaborada no layout definido pela instituição* para a integração. Será sujeita a um processo de *elaboração do Protótipo I*, para ser *validado pelos enfermeiros do serviço* e, posteriormente, *o Protótipo II (já com as*

*alterações sugeridas pelos enfermeiros)* para ser sujeito a validação pela Enfermeira-Orientadora, Enfermeira-Chefe e Docente Orientadora. Por fim, é apresentado o *Documento Final*.

A Elaboração dos Respetivos instrumentos de registo do processo de integração vai permitir, por um lado, garantir a execução do programa, mas principalmente, identificar áreas e temas que não tenham sido tão desenvolvidos durante a integração. Para tal, prevêem-se como atividades a **construção de checklist de verificação dos pontos abordados durante a integração**, de acordo com o programa, bem como a **discussão da checklist na mesma altura em que se discute o programa com a orientadora, Enfermeira Chefe e chefes de equipa o programa delineado e aferição da checklist de acordo com os momentos de avaliação previamente definidos**. Os Indicadores de Avaliação desta atividade são Apresenta os instrumentos de registo e Apresenta resumo das sugestões obtidas em cada discussão com os diversos elementos. Como estes documentos são parte integrante da norma, as estratégias são semelhantes, ou seja, passam por ter por base *a revisão bibliográfica aprofundada e os resultados dos questionários aplicados*. À imagem da norma, será sujeita a um processo de *elaboração de documentos para o Protótipo I*, para ser validado pelos enfermeiros do serviço e, posteriormente, *os documentos para o Protótipo II (já com as alterações sugeridas pelos enfermeiros)* para ser sujeito a validação pela Enfermeira-Orientadora, Enfermeira-Chefe e Docente Orientadora. Por fim, é apresentado no *Documento Final*.

A Divulgação do projeto na equipa é decisivo para o sucesso do projeto, uma vez que a aceitação da equipa da norma produzida é essencial. É um trabalho árduo, mas que, quando bem sucedido, garante o sucesso do projeto. Para este ponto, definimos as seguintes atividades: **Planeamento adequado dos momentos de formação; Construção dos materiais de suporte para a formação; Apresentação do programa de integração na UCIC** à equipa em momentos de formação realizados oportunamente (momentos de passagem de turno), de forma a abranger toda a equipa, **Realização dos vários momentos de formação** para abranger toda a equipa e **Avaliação dos momentos de formação**. Os Indicadores de Avaliação desta atividade são: Apresenta material de suporte produzido para as apresentações das sessões, Divulga projeto em pelo 50% da equipa da UCIC e Apresenta a avaliação das sessões. Quanto às estratégias, estas são essencialmente a *construção de materiais de formação apelativos* que permitam cativar a população alvo da

formação, *escolha de momentos oportunos e impressão dos documentos* (norma e documentos anexos) para poder mostrar e esclarecer dúvidas, que ocorram.

Por fim, no Teste da implementação do programa de integração na UCIC, as atividades definidas são **Disponibilização de contato** para esclarecimento de qualquer dúvida relacionada com o programa **Monitorização da implementação** do programa nos momentos-chave (Início, Meio e Término), **Avaliação e adaptação do programa** e **Envio para o Conselho de Administração** para ser aprovada. Os Indicadores de Avaliação desta atividade são Apresenta resumo das monitorizações realizadas em pelo menos 3 momentos-chave definidos; Apresenta a avaliação final do programa e sua adaptação e Envia o Procedimento, conforme circuitos internos. As estratégias definidas para esta fase, onde se afere na prática o Procedimento, a título experimental são *recurso a reuniões, em momentos-chave* com o integrador e integrando com o objetivo de melhorar o procedimento e *disponibilização de contato telefónico para esclarecimento* de qualquer dúvida relacionada com o programa

De seguida, apresentamos os recursos previstos para a execução deste projeto, sem os quais seria impossível realizá-lo.

## *ii. Recursos*

A realização de um projeto desta natureza é impossível sem a utilização de recursos (humanos e materiais) e de um delineamento correto do tempo previsto para cada atividade. Por recursos entende-se todos os fatores e meios utilizados no processo e produção de um estudo (Leite *et al*, 1993).

O tempo não pode nem deve ser esquecido como recurso, sendo necessário para todas as atividades previstas. Com um planeamento adequado do tempo de todo o projeto, conseguimos ter uma perceção real de todas as atividades, que nos permite uma melhor gestão do mesmo. Assim, planeámos as atividades ao longo do tempo previsto nos Estágios, ou seja, de novembro de 2012 a final de outubro de 2013, e apresentámos no Cronograma. O cronograma representa graficamente o tempo que se prevê utilizar para as várias atividades e tarefas definidas. Este documento pode ser consultado nos Apêndices (Apêndice 8).

Para além do recurso temporal, outros recursos são necessários. Por ser mais perceptível como serão utilizados, apresentamo-los organizados pelos objetivos definidos. Assim, os recursos necessários estão apresentados de acordo com a atividade na Tabela 1.

<b>Revisão Bibliográfica</b>	<u>Materiais:</u> Computador com acesso à internet e VPN do IPS; Computador com acesso à intranet; Papel e caneta; <u>Humanos:</u> Docente e Orientador do projeto;
<b>Elaboração do Documento Sistematizador</b>	<u>Materiais:</u> Computador com programa de edição de texto e impressora; Papel e caneta <u>Humanos:</u> Docente Orientadora; Enfermeira Orientadora; Enfermeira Chefe; Chefes de Equipa
<b>Elaboração dos Respetivos instrumentos de registo</b>	<u>Materiais:</u> Computador com programa de edição de texto e impressora; Papel e caneta <u>Humanos:</u> Docente Orientadora; Enfermeira Orientadora; Enfermeira Chefe; Chefes de Equipa
<b>Divulgação do projeto na equipa</b>	<u>Materiais:</u> Computador com programa de edição de texto e impressora; Projetor; e Papel e caneta <u>Humanos:</u> Docente Orientadora; Enfermeira Orientadora; Enfermeira Chefe; Chefes de Equipa
<b>Teste da implementação do programa</b>	<u>Materiais:</u> Papel com o programa impresso e Papel e caneta <u>Humanos:</u> Enfermeiro integrador e Enfermeiro Integrado

**Tabela 1 - Recursos Humanos e Materiais Necessários à concretização dos Objetivos**

De seguida, apresentamos os Constrangimentos e Forma de os ultrapassar, uma vez que nem sempre os projetos desencadeiam-se da forma desejada.

### *iii. Constrangimentos e Forma de os ultrapassar*

Os constrangimentos previstos para este projeto foram: Falta de adesão/interesse por parte da equipa; Falta de recursos humanos à implementação do programa, tal como delineado; Falta de tempo para cumprir o programa conforme previsto;

Relativamente à *Falta de adesão/interesse por parte da equipa*, pretendemos envolver a equipa desde o princípio do projeto, começando pela validação do problema com grande parte da equipa, com a aplicação de uns questionários acerca do que como deve ser o programa de integração, reuniões de discussão do programa com os chefes de equipa, entre outros;

Relativamente à *Falta de recursos humanos à implementação do programa, tal como delineado (de acordo com a bibliografia)*, pretendemos adaptar ao máximo o programa àquilo que é a realidade da unidade bem como demonstrar nas reuniões com os chefes e restante equipa a importância do carácter científico num programa para o serviço;

Relativamente à *Falta de tempo/recursos humanos para cumprir o programa conforme previsto*, pretendemos após implementar o programa, adaptá-lo de forma a ficar verdadeiramente exequível (construindo checklist para que seja fácil para qualquer pessoa perceber em que ponto está o integrando) e prever alternativas viáveis no próprio programa.

De seguida, apresentamos os Aspetos Éticos, onde refletimos sobre os aspetos a respeitar num projeto e de que forma estes foram concretizados.

#### *iv. Aspetos Éticos*

Na construção de um projeto como este, onde profissionais e instituições estão envolvidas, existem aspetos sobre os quais devemos refletir. Fortin (2009:186) cita os seguintes princípios éticos no respeito pela dignidade humana:

- 1) respeito pelo consentimento livre e esclarecido;*
- 2) o respeito pelos grupos vulneráveis;*
- 3) o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais;*
- 4) o respeito pela justiça e pela equidade;*
- 5) o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes;*
- 6) a redução dos inconvenientes*
- 7) a otimização das vantagens.*

No respeito destes princípios, em primeira instância, a ESS, aquando do pedido para a realização do estágio, solicitou autorização para a realização de um projeto neste âmbito, o que nos permitiu realizar o diagnóstico de situação. Definido o tema principal deste documento, houve necessidade de consultar a equipa de enfermagem da UCIC, pelo que se tornou imprescindível o pedido formal à Diretora de Enfermagem, que permitiu a realização deste projeto e aplicação dos questionários aos profissionais nesta instituição. O pedido e autorização deste projeto encontram-se respetivamente em Apêndices (Apêndice 9) e Anexos (Anexo 1). Outra das preocupações inerentes aos princípios éticos atrás apresentados foi a preocupação em solicitar o devido consentimento livre e esclarecido às pessoas que responderam ao questionário, disponível nos Apêndices (Apêndice 4). Também existe sempre uma preocupação em codificar a instituição e as pessoas que

participam neste projeto, razão pela qual mesmo nos documentos em anexo, foi tapada a instituição e profissionais que direta ou indiretamente trabalham lá. Na construção do questionário, existiu ainda a preocupação de minimizar as perguntas ao mínimo essencial para a construção deste projeto, de forma a garantir o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes (com redução dos mesmos e a otimização das vantagens).

É ainda de relembrar que, tal como foi referido na introdução, este relatório foi elaborado tendo por base as Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica em enfermagem de Nunes (2013).

De seguida, apresentamos a Execução, Avaliação e Divulgação, uma vez que o planeamento apenas tem utilidade se implementado.

### c. Execução, Avaliação e Divulgação

A Execução é a etapa em que se "*materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado*" (Nunes *et al*, 2010:23). A avaliação deve ser feita ao longo do percurso desenvolvido de forma a contribuir para a elaboração da Avaliação Final globalizante (Leite *et al*, 2001). A Divulgação, surge como etapa, na perspetiva em que apenas com a difusão, os resultados têm utilidade e eco na comunidade científica e sociedade em geral (Fortin, 2009).

O Execução ocorreu de forma natural ao longo do tempo e conforme planeamento sendo que a sua visibilidade será dada na avaliação, uma que esta só é possível, se a execução das atividades previstas acontecer como previsto.

Pelo descrito, apresentamos a Execução e Avaliação em conjunto e tendo por base os objetivos específicos definidos para este projeto, nomeadamente:

- ✓ Elaborar revisão bibliográfica em bases de dados científicas credíveis sobre a temática “Integração”;
- ✓ Elaborar documento sistematizador do processo de integração na UCIC, sob a forma de Procedimento sectorial do Serviço de Cirurgia Geral do CHX;
- ✓ Elaborar instrumentos de registo do processo de integração;

- ✓ Divulgar o projeto na equipa, dinamizando a sua implementação;
- ✓ Testar a implementação do programa de integração na UCIC.

**1º Objetivo Específico:** Elaborar revisão bibliográfica em bases de dados científicas credíveis sobre a temática “Integração”.

A Revisão Bibliográfica, tal como previsto, foi realizada através de bibliografia credível com conhecimento científico de forma otimizar o processo de integração e ao longo de todas as etapas do projeto. Foi por esse motivo que foi projetada desde novembro de 2012 até final de setembro de 2013, conforme cronograma (Apêndice 8). De acordo com o planeado, foi elaborado o Enquadramento Concetual deste trabalho, nomeadamente com o subcapítulo Desenvolvimento de Competências nos Enfermeiros - O Processo de Integração, que permitiu a construção do Documento Sistematizador e respetivos instrumentos de registo. Para tal, realizou-se a consulta as bibliotecas do IPS procurando bibliografia sobre a temática Integração, nomeadamente na ESS, Escola Superior de Ciências Empresariais (ESCE) e Escola Superior de Educação (ESE), bem como na internet com os termos Integração, Socialização, Treinamento, Acolhimento, Orientation e Induction, associados a Enfermagem e Nursing em bases de dados como EBSCO, COCHRANE e B-ON, consulta na *intranet* do CHX de os programas de integração das Unidade de Cuidados Intensivos e Unidades de Cuidados Intermédios existentes, respeitando os princípios da Revisão Sistemática de pesquisa.

As pesquisas nas bibliotecas foram bastante profícuas. O IPS, por integrar várias escolas com diferentes áreas, tem uma vasta e completa seleção de bibliografia, pelo que é possível cobrir praticamente todos os interesses. No caso específico deste projeto, na biblioteca da ESS encontrámos bibliografia de suporte para a metodologia de projeto, o que é a enfermagem, desenvolvimento de competências em enfermeiros bem como sobre a aprendizagem e formação em contextos de trabalho. Na verdade, a única área que onde não encontrámos referências sobre a integração e socialização. Neste ponto, a biblioteca ESCE foi determinante, por ter manuais de recursos humanos com capítulos inteiros dedicados ao tema e que permitiram construir um enquadramento concetual sólido. Na biblioteca da ESE, um pouco à imagem da ESS, encontrámos bibliografia de suporte para a metodologia de projeto e sobre a aprendizagem e formação em contextos de trabalho, tendo sido sobre estes os maiores contributos.



A pesquisa na internet é um verdadeiro desafio, uma vez que tem muita informação, mas a nós, não nos interessava *muito*, mas *boa*, motivo pelo qual é determinante as escolhas metodológicas utilizadas na pesquisa bem como na seleção dos artigos. O que procurámos na internet foi principalmente atualização da bibliografia encontrada nas bibliotecas (uma vez que a publicação na internet é mais rápida), e concretização de programas de integração (uma vez que a bibliografia apresentou-nos os aspetos de âmbito geral). De forma a garantir qualidade na pesquisa, como já foi referido, a pesquisa obedeceu aos princípios da Revisão Sistemática, quanto aos passos a seguir nomeadamente na identificação da necessidade de revisão, identificação da literatura, seleção dos estudos, avaliação da qualidade dos estudos e extração e síntese dos dados. Assim, fez-se pesquisa na internet com os termos já referido anteriormente e em bases de dados com reconhecido mérito científico. Foram encontrados poucos artigos do nosso país sobre a integração, mas, infelizmente, nenhum que fundamentasse a integração em Unidades de Cuidados Intermédios e/ou Intensivos o que enfraquece a nossa revisão bibliográfica. Os artigos encontrados foram maioritariamente da América (nomeadamente Brasil e Estados Unidos da América), cuja realidade difere um pouco da nossa. No entanto, foram extraídos dos mesmos, os seus ensinamentos e que permitam dar um contributo sólido.

A pesquisa na intranet tem bastantes facilidades face à internet, mas a grande desvantagem de ter um número muito limitado de recursos. No nosso caso específico, foram encontrados dois procedimentos no âmbito que pretendíamos. Ainda assim, foram de grande valia, uma vez que permitiram-nos ter acesso à realidade do que é feito no nosso contexto, o CHX.

O principal resultado desta atividade foi o nosso Enquadramento Conceptual e fundamentos para todo o nosso relatório. Este resumo encontra-se no capítulo 1.

Pelos motivos supracitados, consideramos que o indicador Apresenta uma revisão bibliográfica no enquadramento conceptual no relatório, que contemple informações sobre o que é a integração, vantagens e objetivos, características do processo, táticas a utilizar, conteúdos a abordar, responsável do programa e tempo idealizado foi cumprido, e consequentemente o objetivo atingindo.

**2º Objetivo Específico:** Elaborar documento sistematizador do processo de integração na UCIC, sob a forma de Procedimento sectorial do Serviço de Cirurgia Geral do CHX.

A Elaboração do Documento Sistematizador do Processo de integração na UCIC foi atingida tendo por base a execução das atividades previstas, nomeadamente a Seleção dos elementos úteis na pesquisa efetuada previamente para a construção do programa (tempo definido, conteúdos a integrar no programa e características do integrador/integrando, avaliação do integrando), a Aplicação do questionário sobre o programa de integração aos colegas, Tratamento dos dados do questionário, Construção de protótipo de documento com o layout definido pelo CHX, baseado na pesquisa e no questionário aplicado aos enfermeiros da UCIC, Distribuição do protótipo I pelos colegas, Recolha das sugestões, Elaboração do protótipo II, Distribuição do protótipo II à orientadora, professora e Enfermeira chefe, Recolha de sugestões, e, Construção do documento final.

Da revisão bibliográfica, consideramos ser pertinente começar por classificar a integração na UCIC como uma transição que os enfermeiros enfrentam. Esta é Situacional uma vez que envolve o acréscimo de pessoas a uma situação (neste caso o acréscimo de enfermeiros na prestação de cuidados na UCIC), e obriga à redistribuição de papéis. Na reflexão acerca de como se pretende que o programa de integração seja, foram consideradas as táticas definidas na revisão bibliográfica: Formal (a pessoa é informada do que é pretendido de si), Individual (os novos elementos são integrados individualmente e as experiências são únicas), Uniforme (porque existem estágios padronizados entre etapas), Sequencial (existem papéis que treinam e encorajam o novo funcionário), Reforço (apoiam-se as qualidades e qualificações como necessário para o sucesso no cargo) e Serial (existe um membro mais antigo e experiente, que serve de modelo). As aprendizagens adquiridas em âmbito de integração são consideradas não formais. Do consultado, é ainda de referir a importância de se aprender as políticas do hospital e serviço/unidade, procedimentos e protocolos de aplicação clínica e, só posteriormente tempo para a prática clínica; a importância da realização de reuniões periódicas durante o período de integração de forma a aferir quais as áreas de melhoria; e, bem como, que a personalidade humana interfere com a capacidade de aprendizagem, nomeadamente, os fatores hereditário e ambiental. Os principais domínios de competências que se deve abordar, nomeadamente Competências de Análise Simbólica, Competências Sociais e Comportamentais, Competências para a Ação, Competências Científicas e Competências Técnicas e Tecnológicas, foram também um ensinamento importante. Todos estes aspetos foram considerados na construção do Procedimento.

Relativamente à análise dos resultados dos questionários, estes permitem afirmar que esta é uma temática pertinente (como já foi referido anteriormente). Na questão acerca de quando a pessoa deve iniciar a integração, ninguém concorda com a integração simultânea com o restante serviço, o que está em concordância com o se pratica atualmente, sendo de referir que é valorizado o fato da pessoa estar motivada para tal, de se considerar que a opinião do chefe de equipa deve ser considerada, bem como a preocupação com a formação prévia para cuidar de pessoas. Se pensarmos no modelo de desenvolvimento de competências de Benner, percebemos que existe uma preocupação que as pessoas a integrar na UCIC estejam, pelo menos no grau de Competente nos cuidados desenvolvidos na enfermaria. Reconhecesse, no entanto, que quando estas pessoas iniciarem o seu processo de integração na UCIC, estarão novamente no nível Iniciado, pelo que o acompanhamento por parte do integrador é essencial, conforme descrito no Procedimento. Estas informações devem ser, por esse motivo, considerada pela Enfermeira-Chefe aquando da decisão da pessoa a integrar, conforme está no Procedimento.

Na questão do tempo de integração, a maioria considerou que este deveria ser entre 4 a 6 semanas (possivelmente porque as pessoas em questão já são Competentes na enfermaria), sendo as opiniões dispersas. Quando se estabeleceu o procedimento, foi auscultada a opinião da Enfermeira-Chefe, que considerou não menos de 8 semanas. Consultada a bibliografia e outros programas, percebeu-se que, de fato, as opções dadas foram reduzidas e assim sendo não se seguiu a opinião da maioria.

Quanto ao integrador, a maioria assinalou o Chefe de equipa, possivelmente por reconhecer neste as características definidas na questão seguinte (Habilidades de comunicação; Assertividade; Liderança; Formação; Conhecimento na área de atuação), e no Procedimento, isto foi respeitado. Segundo o enquadramento concetual, as competências devem ser adequados ao contexto, pelo que se questionou a equipa sobre os temas.

Dos previstos, todos foram seleccionados e consideramos que corresponde aos domínios que a bibliografia revista estabelece para cuidados críticos: conhecimento teórico, conhecimento prático, atitudes e valores, experiência e personalidade. Na questão seguinte, pretendeu-se saber quais as linhas orientadoras que as pessoas tinham seguido até então, de forma a sintetizar para utilizar neste Procedimento.

O Protótipo I, que consiste no Procedimento construído com base nos questionários e revisão bibliográfica supracitada, foi elaborado e sujeito às sugestões dos enfermeiros do serviço; posteriormente, apareceu o Protótipo II, que surge a partir do Protótipo I com as sugestões dos enfermeiros, e foi sujeito às sugestões da Enfermeira-Orientadora, Enfermeira-Chefe e Docente Orientadora. Por fim, é apresentado o Documento Final tendo por base o Protótipo II e as sugestões da Enfermeira-Orientadora, Enfermeira-Chefe e Docente Orientadora, e que se encontra em Apêndices (Apêndice 10).

As sugestões obtidas dos comentários dos enfermeiros do serviço foram:

- Organização das Fases - é desnecessário ter 1ª e 2ª fase. Para o efeito, deve-se reduzir para três fases;
- Consulta de Documentos: os documentos de consulta devem estar colocados num local de fácil consulta como o Ambiente de Trabalho do Computador da UCIC.

Relativamente às sugestões obtidas com da Enfermeira-Orientadora, Enfermeira-Chefe e Docente Orientadora, estas foram:

- Correções de Português;
- Clarificação dos tempos para cada fase, bem como do acompanhamento do integrador;
- Consulta na intranet, deve ser mais intensiva na primeira fase, reduzindo nas restantes;
- Anexo 2: Mudança de "*Exposição*" para "*Apresentação*" dos cuidados a ter em conta com a articulação com BO, SUG e UCI; Controlo de Infecção: mais cedo no cronograma; Abordar: Gestão do risco clínico; Prestação de cuidados globais ao cliente tendo em conta os focos de instabilidade e Apoio à família;
- Anexo 3: Criação de documentos separados para auto e heteroavaliação do integrando; Inclusão dos temas sugeridos no Anexo 2.
- Aspetos quanto à formatação das tabelas

Estas sugestões foram determinantes para que surgisse o Documento Final.

Resumindo, consideramos que os indicadores de Avaliação desta atividade foram cumprido, e, conseqüentemente o objetivo atingido, uma vez que se obteve 87,5% de respostas ao questionário; Apresentou-se a análise dos dados dos questionários; Apresentou-se resumo das sugestões obtidas em cada discussão com os diversos elementos, e por fim, Apresentámos o documento final construído nos Apêndices (Apêndice 10).

**3º Objetivo Específico:** Elaborar instrumentos de registo do processo de integração.

A Elaboração dos Respetivos instrumentos de registo do processo de integração foi também conduzida com sucesso tendo sido construído dois dos três anexos ao Procedimento (consultar Apêndice 10), nomeadamente: Cronograma, onde são descritas as atividades em função do tempo previsto e Avaliação, onde se apresenta uma checklist de verificação dos pontos abordados durante a integração, de acordo com o programa. Estes documentos, à imagem do que aconteceu no objetivo anterior, tiveram por base o Enquadramento Concetual deste relatório e foram discutidos com a equipa bem como com a Enfermeira Orientadora, Enfermeira Chefe e Docente Orientadora. Assim, o objetivo foi atingido visto que os Indicadores de Avaliação desta atividade foram cumprimentos, ou seja, Apresentámos os instrumentos de registo nos Apêndices (Apêndice 10) e Apresentámos resumo das sugestões obtidas em cada discussão com os diversos elementos (no ponto anterior).

**4º Objetivo Específico:** Divulgar o projeto na equipa, dinamizando a sua implementação.

A Divulgação do projeto na equipa foi uma etapa conduzida com sucesso e onde soubemos contornar os constrangimentos.

Relativamente às atividades, foi planeada adequadamente a sessão de formação, que se encontra nos Apêndices (Apêndice 11) e construímos materiais de suporte para a formação, utilizando ferramentas inovadoras, nomeadamente o Prezi®. Este programa permite que uma apresentação fique mais dinâmica e com animações que prendem a atenção. Esta pode ser consultada em <http://prezi.com/4vjgatvguysv/integracao/> ou nos Apêndices (Apêndice 12).

Estas sessões foram executadas em vários momentos para que fosse possível abranger toda a equipa. O maior constrangimento que surgiu foi a falta de disponibilidade da equipa para assistir a uma apresentação. Esta falta de motivação justifica-se pelo mau momento que em que a equipa se encontrava nesse momento (como no próximo objetivo será explicitado). Dessa forma, e como já tinha sido coberto 50% da equipa da UCIC com a apresentação como previsto, decidiu-se divulgar o programa através da apresentação dos próprios documentos, garantindo que os mesmos conhecessem todo o programa. Não foi o ideal, mas desta forma, atingimos a totalidade da equipa da UCIC disponível.

Quanto à avaliação dos momentos de formação, esta foi positiva, uma vez que apresentámos um resumo na Apresentação dos objetivos, dos Contributos para a construção do procedimento e do Procedimento em si, tal como previsto no Planeamento da Sessão (Apêndice 11). Por último, quanto aos comentários, os elementos da equipa não manifestaram nada específico, demonstrando apenas que concordavam com o programa e pertinência do mesmo. As sessões de formação foram, tal com o previsto, depois das passagens de turno. Esta escolha revelou-se benéfica, uma vez que, mesmo assim, a disponibilidade não foi total. O momento pelo qual a equipa atravessava, onde a falta de motivação foi evidente, permite-nos afirmar que, caso tivesse sido marcado dias de sessão, não se tinha conseguido atingir toda a equipa.

Quando analisado o cronograma, percebe-se que esta etapa não cumpriu os tempos previstos, uma vez que começou a ser executada uma semana mais tarde que o previsto e terminou duas mais tarde. Tal fator deveu-se a demoras na aferição da apresentação e, aproveitamento do tempo para divulgar o programa em toda a equipa, uma vez que, tal como descrito no próximo objetivo, não foi possível iniciar o programa quando previsto. Considerou-se, por isso, mais benéfico, a formação cobrir toda a equipa.

Pelos motivos supracitados, e analisando os Indicadores de Avaliação (cumpridos) deste objetivo, consideramos que este objetivo foi atingido na sua plenitude, uma vez que Apresentámos o material de suporte produzido para as apresentações das sessões (disponível nos Apêndices - Apêndice 12), Divulgámos projeto em 87,5%% da equipa da UCIC (cerca de 50% com a apresentação do suporte informático como inicialmente previsto) e Apresentámos a avaliação das sessões (descritas anteriormente).

**5º Objetivo Específico:** Testar a implementação do programa de integração na UCIC.

Por razões às quais somos alheias, este objetivo não foi possível executar. A implementação de um programa de integração implica recursos humanos, tal como foi previsto, nomeadamente enfermeiro integrador e enfermeiro integrando. A aplicação do programa implica, por isso, que um elemento não conte como tal, uma vez que ambos estariam na UCIC. Todo o projeto foi desenhado e pensado para que fosse possível implementar entre maio e julho, podendo estender-se até setembro (altura em que terminou o estágio), conforme previsão no cronograma (Apêndice 8).

A perspetiva de começar em maio envolvia a perceção de que a partir do meio de julho, mês de agosto e princípio de setembro, por serem meses considerados de época alta, os enfermeiros neste serviço estariam a trabalhar com os mínimos exigidos, pelo que seria impraticável a supressão de um elemento. Para além disso, integrar um enfermeiro iria permitir ter mais um elemento capaz de exercer funções na UCIC, o que melhora a sobrecarga dos enfermeiros na UCIC, contribuindo para a melhoria de cuidados prestados.

Trabalhar com pessoas traz-nos sempre imprevisibilidade com as quais nem sempre sabemos lidar. Este serviço, nos meses de maio até outubro viveu momentos de grande dificuldade e ansiedade, relacionado com um conjunto de rescisões de contrato, baixas por doença e por gravidez de risco, licenças de paternidade, que levou a uma redução na equipa perto dos 20% (cerca de 9 em 49 elementos). Aliado às férias, o recurso a trabalho extraordinário foi uma realidade prevista no horário, motivo pelo qual tornou-se impossível executar qualquer atividade prevista. Este foi um constrangimento que não foi previsto, e cuja única forma de ultrapassar é esperar pela recuperação dos elementos.

Pelos motivos supracitados, os Indicadores de Avaliação: Apresenta resumo das monitorizações realizadas em pelo menos 3 momentos-chave definidos, Apresenta a avaliação final do programa e sua adaptação e Envia o Procedimento, conforme circuitos internos, não foram cumpridos, e, consequentemente, o objetivo ainda não foi atingido.

No entanto, continua previsto o Teste da implementação do programa de integração na UCIC com as atividades definidas anteriormente.

Para avaliação do PIS importa ainda referir que, no cronograma que pode ser consultado nos Apêndices (Apêndice 8), é possível verificar que tempo real foi usado.

A Divulgação é a última etapa do projeto (Fortin, 2009). Para cumprirmos todas as etapas do processo de investigação, foi escrito um artigo sobre todo o PIS, que se encontra nos Apêndices (Apêndice 1) para ser posteriormente publicado em tempo oportuno. Para além disso, a divulgação deste projeto surgirá neste relatório, que, após ser aprovado, vai ser publicado no Repositório Comum e Bibliotecas.

De seguida, apresentamos a Análise das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, onde pretendemos expor como estas foram desenvolvidas no âmbito do PIS, não esquecendo todos os contributos do estágio e curso.

#### d. Análise das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As competências comuns do Enfermeiro Especialista, como se encontra referido no enquadramento concetual são definidas pela OE, por ser a entidade que regula a profissão. Esta organizou-as em quatro Domínios de Competências, à imagem do que fez com as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.

Os quatro Domínios são: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria da Qualidade; Gestão de Cuidados; e, Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais e é com base nestes que vamos analisar as competências.

##### **Responsabilidade profissional, ética e legal**

Neste domínio, as competências são “*Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010:3).

Relativamente à primeira competência mencionada, ao longo dos estágios, foi sempre demonstrada uma prática que respeita os princípios éticos e profissionais, estando estes presentes na nossa *praxis* clínica. Na construção do PIS, houve também essa preocupação, tal como foi descrito. Para a aplicação destes princípios, a frequência dos módulos Ética em Investigação e Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos do presente Mestrado e das unidades temáticas Ética de Enfermagem, Direito da Saúde de Enfermagem e Deontologia Profissional da Pós-graduação em Enfermagem Perioperatória, contribuíram de forma decisiva. Em relação à segunda competência mencionada, ficou



demonstrada essencialmente no PIS, onde se promove através da garantia de uma integração mais adequada, a promoção do respeito pelos direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais os seus intervenientes.

### **Melhoria da qualidade**

Neste domínio, as competências são: *“Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área de governação clínica; Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010:3).

Em relação à primeira competência, consideramos que o fato de se dinamizar um programa de integração onde existem iniciativas estratégicas que melhoram a governação clínica, permitiu o desenvolvimento da mesma. A segunda e terceira competência estão implicitamente desenvolvidas no PIS uma vez que este programa de integração leva à melhoria contínua da qualidade, e permite a criação de um ambiente terapêutico e seguro, uma vez que os profissionais integrados na UCIC estarão melhores capacitados e seguros.

De referir ainda que os contributos dos módulos Liderança de Equipas e Gestão dos Cuidados de Enfermagem neste mestrado e a unidade temática Padrões de Qualidade em Bloco Operatório (onde se discutiu estratégias de melhoria continua da qualidade) contribuíram diretamente para o desenvolvimento destas competências.

### **Gestão dos cuidados**

Neste domínio, as competências são: *“Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; Adapta a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010:4).

A primeira e segunda competências referidas foram desenvolvidas no PIS, uma vez que o programa de integração da UCIC implica uma optimização do processo de cuidados, bem como uma orientação supervisionada das tarefas delegadas, garantindo sempre a segurança e qualidade. A gestão de recursos é determinante para o sucesso de um projeto e consideramos ter sido evidente que neste PIS a gestão de recursos é eficaz. No exercício da prática, existiu também a preocupação de rentabilizar os recursos existentes sem colocar em causa a qualidade dos cuidados. De salientar também que especificamente no trabalho

desenvolvido no âmbito do PAC, nomeadamente na prevenção e controlo de infeção (explanado no Capítulo 3), a gestão de recursos e otimização dos mesmos para as necessidades dos cuidados é evidente, uma vez que o que se pretende é um conjunto de sugestões de forma a rentabilizar os recursos existentes.

De referir ainda que os contributos dos módulos Liderança de Equipas e Gestão dos Cuidados de Enfermagem neste mestrado e a unidade temática Segurança e gestão de Risco em bloco Operatório na Pós-graduação em Enfermagem Perioperatória contribuíram diretamente para o desenvolvimento destas competências.

### **Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

Neste domínio, as competências são: “*Desenvolve auto-conhecimento e a assertividade; Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010:4).

A primeira competência mencionada é desenvolvida essencialmente em contexto do exercício clínico, uma vez que a consciência de si bem como a gestão das respostas dadas é realizada e desenvolvida na prática.

A segunda competência é desenvolvida nos dois campos de ação: exercício clínico e no PIS, uma vez que em qualquer um deles, a base deve ser sólida e, neste caso, é parcialmente demonstrada neste relatório através do enquadramento concetual. Para além disso, a apresentação do Procedimento sectorial, onde se define qual o procedimento a seguir na Integração da UCIC, é estabelecido tendo por base conhecimentos sólidos.

De referir ainda que os contributos do módulo Formação Contínua aplicada à Enfermagem neste mestrado e a unidade temática Prática Baseada na Evidência na Pós-graduação em Enfermagem Perioperatória contribuíram para o desenvolvimento destas competências.

No final desta análise das Competências Comuns, é importante clarificar que o PAC também permite o desenvolvimento das referidas competências. No entanto, o PIS será aquele que contribui mais significativamente porque foi pensado com essa finalidade.

De seguida, apresenta-se o Projeto de Aprendizagem Clínica, onde se pretende explanar de que modo foram desenvolvidas as Competências Específicas da Enfermagem em Médico-Cirúrgica, nomeadamente no EEPSC.

### 3. Projeto de Aprendizagem Clínica

Neste capítulo, apresenta-se o PAC, desenvolvido no contexto dos estágios já referidos, e onde se pretende explanar de que modo foram desenvolvidas as Competências Específicas da Enfermagem em Médico-Cirúrgica, nomeadamente no EEPSC. Segundo o Guia Orientador dos Estágios (Ruivo *et al*, 2012), no PAC antevê a aquisição/aprofundamento das competências específicas do EEPSC, estando prevista a realização de estágios noutros serviços.

Para tal, está organizado em Contextualização da Situação; o Planeamento; Execução, Avaliação e Divulgação; e, por último, Análise das Competências Específicas do EEPSC.

#### a. Contextualização da Situação

O local de estágio para o desenvolvimento das competências necessárias foi, como já foi referido a UCIC do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Y. Esta escolha prendeu-se, entre outros motivos, com a potencialidade que este serviço oferece para o desenvolvimento de competências nos enfermeiros.

Após termos estado no local e desenvolvido o diagnóstico de situação, explorámos o que poderíamos fazer para desenvolver, concomitantemente, as nossas necessidade específicas (ou seja, as competências específicas do EEPSC), e as necessidades de melhoria do serviço.

Relativamente às nossas necessidades, estas foram complementares ao PIS (que decorreu em simultâneo), uma vez que este foi um grande contributo para o desenvolvimento das competências específicas. Para clarificar, apresentamos a contextualização da situação organizada através das três competências específicas do EEPSC.

#### **Cuidar da Pessoa em Situação de Crise**

Refletindo acerca da competência *Cuidar da Pessoa em Situação de Crise*, consideramos que para o nosso crescimento profissional, o desenvolvimento desta competência seria essencialmente em contexto prático, nomeadamente através da prestação direta de cuidados na UCIC. Em relação ao serviço, por esta ser uma área que envolve muitas temáticas, existem várias necessidades, sendo que nos focámos na Dor. Da nossa análise,

percebemos que na UCIC a Dor é valorizada pelos enfermeiros e avaliada, sendo registada informaticamente conforme os protocolos estabelecidos pela instituição. No programa informático onde se realizam os registos de enfermagem, a Dor está presente em todos os processos como diagnóstico de enfermagem e programada como indicador de Enfermagem para ser avaliada, o que demonstra a preocupação desta equipa. Verificámos no entanto que a maioria dos enfermeiros não possuem nenhum instrumento de avaliação, nomeadamente uma régua com a Escala Visual Analógica, sendo normalmente a dor avaliada através da Escala Numérica ou Escala Qualitativa. Quando as pessoas não compreendem a Numérica, é complicado avaliar em pessoas incapazes de verbalizar a dor. Também se verificou a falta de uma escala para avaliar a dor em pessoas sedadas, sendo uma situação pouco frequente nesta unidade.

### **Dinamizar a resposta à Catástrofe e/ou emergência multivítima**

Refletindo acerca da competência *Dinamizar a resposta em situação de Catástrofe ou Emergência Multivítima*, consideramos que para o nosso crescimento profissional, o desenvolvimento desta competência seria espelhado no PIS, por ser algo que não podemos prever quando acontece. O desenvolvimento do PIS permite dinamizar a resposta em situação de Catástrofe porque, numa integração que cumpra o programa delineado previamente, os enfermeiros deverão ser capazes de pôr em prática o plano de emergência (que tomaram conhecimento durante o programa de integração). Quanto ao serviço, constatou-se que esta é uma área bem trabalhada. Embora a nossa análise indicasse que tudo decorria dentro do previsto, contactámos o elemento dinamizador do serviço e do hospital que nos confirmaram não necessitar para já de desenvolvimento neste âmbito.

### **Prevenção e Controlo de Infecção**

Por fim, na competência *Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo de Infecção perante a Pessoa em Situação de Crise*, consideramos que para o nosso crescimento profissional, o desenvolvimento desta competência seria espelhado no PIS, mas também alvo de atenção neste PAC, mediante as necessidades do serviço. O desenvolvimento do PIS permite maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção porque, numa integração que cumpra o programa delineado previamente, os enfermeiros terão de respeitar os princípios de controlo de infeção, que estão presentes nos documentos escolhidos para fazer parte do programa de integração). No serviço, existem lacunas neste âmbito, sendo que muito já foi feito neste âmbito. Na UCIC, cada unidade tem dispensador

individual de Solução Aquosa de Base Alcoólica; existe informação sobre a lavagem das mãos espalhadas pela unidade; a formação sobre lavagem das mãos é frequente, fruto da instituição estar inserida na campanha "*Mãos Limpas Salvam Vidas*"; existem vários procedimentos sobre esta área, nomeadamente sobre isolamento e higienização; e, quando existem situações de isolamento, são devidamente sinalizadas. À imagem do que aconteceu na competência supracitada, contactou-se no elemento dinamizador do serviço, com o intuito de verificar o que haveria a fazer e onde poderia colaborar. Neste caso, fomos informados que a área do isolamento seria uma área importante a trabalhar, visto que, embora existam procedimentos atualizados na intranet, verificam-se falhas quanto à sua execução.

De seguida, apresentamos o Planeamento, onde explanamos de que forma planeámos dar resposta aos problemas/necessidades apresentadas na Contextualização da Situação.

### **b. Planeamento**

De nada serve analisar as nossas necessidades e verificar os problemas e necessidades do serviço se não for para trabalhar sobre as mesmas. À imagem do PIS, também no PAC existiu a preocupação de delinear as nossas ações de forma consistente e preocupada com o meio que nos rodeia, para que fosse viável e executável.

Assim, e tal como na contextualização da situação, apresentamos o planeamento organizado por competências específicas.

Para que possamos contribuir para uma leitura mais agradável do presente relatório, apresentamos o resumo do planeamento sob a forma de uma tabela, podendo ser consultado em Apêndices (Apêndice 13), uma análise mais pormenorizada.

	Cuida da Pessoa em Situação Crítica	Resposta na Catástrofe e/ou emergência multivitima	Prevenção e Controlo de Infecção
Objetivos Específicos	Melhorar os recursos para a avaliação da dor	Listar o que existe no serviço na preparação para uma catástrofe e/ou Emergência Multivitima	Divulgar na equipa de enfermagem e na equipa de assistentes operacionais o Procedimento Precauções de Isolamento
Atividades Delineadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Visita a Unidade da Dor</li> <li>* Colocação da Escala Visual Analógica em suporte físico</li> <li>* Distribuição do documento com o instrumento de avaliação da dor construído à equipa de enfermagem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Identificação de que forma o serviço está preparado para a catástrofe e/ou emergência multivitima</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Visita a Comissão de Controlo de Infecção</li> <li>* Construção de documentos de divulgação e consulta rápida, baseados no Procedimento Precauções de Isolamento, nomeadamente posters e folhetos</li> <li>* Distribuição de posters, devidamente emoldurados à enfermeira-chefe do serviço para serem colocados em pontos estratégicos</li> <li>* Distribuição folhetos de consulta rápida à equipa de enfermagem e à equipa de assistentes operacionais</li> <li>* Construção de folheto informativo sobre medidas de isolamento para entregar a visitas</li> </ul>
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Apresenta um documento resistente com o instrumento de avaliação da dor</li> <li>* Entrega a, pelo menos, 50% da equipa, o documento com o instrumento de avaliação da dor construído</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Apresenta resumo reflexivo sobre o que existe no serviço, contendo pelo menos três estratégias utilizadas na preparação para uma catástrofe e/ou Emergência Multivitima</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Apresenta um poster que resuma as Precauções de Isolamento, de forma apelativa</li> <li>* Apresenta dois folhetos de consulta rápida que resuma as Precauções de Isolamento, um adaptado a enfermeiros e outro adaptado a assistentes operacionais</li> <li>* Entrega pelo menos, um poster A3 e dois posters A4 emoldurados à enfermeira-chefe do serviço</li> <li>* Entrega a, pelo menos, 50% de cada equipa, os folhetos de consulta rápida</li> <li>* Cria folheto informativo onde apareça informação, pelo menos sobre a lavagem as mãos e uso de proteção individual para entregar a visitas</li> </ul>
Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Criação de um instrumento atrativo, resistente e com dimensões adequadas à farda dos profissionais desta instituição</li> </ul>	Nada a assinalar	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Criação de um poster atrativo, que apresente a informação do Procedimento com recurso a imagens</li> <li>* Instrumento resistente e adequado com dimensões adequadas à farda dos profissionais desta instituição</li> <li>* Para as visitas, folheto dirigido e de fácil compreensão.</li> </ul>
Recursos	<p><u>Materiais:</u> Computador com acesso à intranet e internet, impressora, plastificadora, películas para plastificar e tesoura</p> <p><u>Humanos:</u> Enfermeiros do serviço, Enfermeira e Docente orientadoras deste projeto</p>	<p><u>Materiais:</u> Papel e caneta para anotações, computador com programa de edição de texto</p> <p><u>Humanos:</u> Enfermeira e Docente orientadoras deste projeto.</p>	<p><u>Materiais:</u> Computador com acesso à intranet e internet, impressora, plastificadora, películas para plastificar, tesoura, dinheiro para impressão do poster A3, duas molduras A4 e uma moldura A3</p> <p><u>Humanos:</u> Enfermeiros do serviço, Assistentes Operacionais do serviço, Enfermeira-Chefe do Serviço, Enfermeira e Docente orientadoras deste projeto</p>

Tabela 2 - Planeamento do PAC

Todas as atividades foram desenhadas e planeadas para o tempo previsto, neste caso de abril a setembro de 2013, motivo pelo qual se apresenta o cronograma do PAC nos Apêndices (Apêndice 14).

De seguida, apresentamos a Execução, Avaliação e Divulgação, à imagem do que aconteceu no PIS, uma vez que o planeamento apenas tem utilidade se implementado.

### c. Execução, Avaliação e Divulgação

*“Os desejos não passam de castelos no ar se não se traduzirem em ação”* (Leite et al, 1993:17). Por este motivo, a seguir ao planeamento, procedemos à execução e, posterior avaliação. Neste relatório, apresentamos a Execução e Avaliação em conjunto e organizado pelas competências.

#### **Cuidar da Pessoa em Situação de Crise**

A prestação direta de cuidados foi bastante profícua e permitiu desenvolver, como previsto, esta competência, como se verificará no subcapítulo Análise das Competências de Especialista do EEPSC.

Tendo em vista o objetivo delineado, *“Melhorar os recursos para a avaliação da dor”*, foram executadas as seguintes atividades: *“Visita a Unidade da Dor”*, *“Colocação da Escala Visual Analógica em suporte físico”* e *“Distribuição do documento com o instrumento de avaliação da dor construído à equipa de enfermagem”*.

A visita à Unidade da Dor, esta cumpriu as expectativas de conhecer a sua dinâmica. Foram atribuídos dois dias de observação, que permitiram ter uma perceção globalizante do seu funcionamento e do que tem a oferecer enquanto recurso para a pessoa a vivenciar situações de crise. A Unidade de Dor visitada atua em duas vertentes: nos serviços de internamento, especialmente os de âmbito cirúrgico e na comunidade.

Nos serviços de internamento, a equipa da unidade da dor envolve-se de duas formas: na dor aguda, através da monitorização do protocolo analgésico da Dor, aplicado a todas as pessoas submetidas a cirurgia; e, na dor crónica, quando sinalizado pela equipa médica responsável pelo caso da pessoa internada. No protocolo analgésico da Dor, a equipa de enfermagem desloca-se aos serviços para aplicar um questionário à pessoa submetida a cirurgia e, desta forma, compreender se o protocolo é eficaz ou não. No caso da dor

crónica, esta depende da equipa médica do serviço, que sinaliza a pessoa através do Pedido de Colaboração. Quando recebem um pedido, desloca-se ao serviço o enfermeiro, o médico e a psicóloga para avaliar a pessoa de forma interdisciplinar. Posteriormente, existe uma sugestão de medidas terapêuticas feito no processo clínico, e são realizadas visitas diárias para monitorização da evolução. A atuação em serviços de internamento já era por nós conhecida, uma vez que o foco principal do nosso estágio é um serviço de internamento.

Em relação à prestação de cuidados na comunidade, esta inicia-se com a referenciação da pessoa e é-lhe marcada uma consulta que ocorre no espaço da Unidade da Dor. Nesta primeira consulta, a psicóloga e a enfermeira fazem uma avaliação interdisciplinar da pessoa. Só após esta primeira consulta, é marcada uma consulta com o médico, onde também a enfermeira e a psicóloga estão presentes. Durante o breve tempo em que estivemos na Unidade, houve possibilidade de assistir a estas consultas. Foi interessante perceber o dinamismo interdisciplinar que esteve sempre presente em todos os momentos. Outro aspeto que queremos salientar destas consultas é a forma como a Dor é encarada e forma como transmitem que reconhecem isso às pessoas. Nas consultas não se limitam à sua vertente biológica, mas exploram de que forma afeta a vida das pessoas. Mais do que reconhecerem, é a forma como esta equipa faz a próprias pessoas se apercebam que a dor é muito mais do que um sintoma físico.

No nosso entendimento, a visita à Unidade da Dor foi profícua, visto ter dado resposta à necessidade de conhecermos os recursos nesta área.

Na atividade *"Colocação da Escala Visual Analógica em suporte físico"*, este foi executado como previsto, ou seja, foi construído um folheto de consulta rápida em que numa face está a Escala Visual Analógica e noutra estão informações sobre o isolamento, que pode ser consultado nos Apêndices (Apêndice 15). Este folheto, para além das informações necessárias, tinha uma régua (à escala real) que foi colocada como atrativo para não ser deixada de parte, uma vez que é importante ter uma régua sempre por perto (por exemplo para medir feridas ou estomas). Depois de impresso, foi plastificado e entregue aos enfermeiros, o que permitia a sua desinfeção. Por tudo o que foi exposto, consideramos que o indicador *"Apresenta um documento resistente com o instrumento de avaliação da dor"* foi cumprido e, conseqüentemente, atingido o objetivo.



Na atividade “*Distribuição do documento com o instrumento de avaliação da dor construído à equipa de enfermagem*”, este foi entregue a 86,3% dos enfermeiros, logo o indicador “*Entrega a, pelo menos, 50% da equipa, o documento com o instrumento de avaliação da dor construído*”, foi cumprido e o objetivo atingido.

### **Dinamizar a resposta à Catástrofe e/ou emergência multivitima**

Desenvolver esta competência através da prestação direta de cuidados é, um pouco impraticável. Mas estas são situações que se previnem e para a qual temos e devemos estar preparados. Com esse intuito, houve uma preocupação de integrar esta temática no programa de integração. Assim, todas as atividades delineadas para o PIS, contribuíram para o desenvolvimento desta competência, nomeadamente as inerentes ao objetivo específico “*Divulgar no Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos do Serviço de Cirurgia Geral Programa de Integração, os procedimentos Plano de Emergência Interno, Evacuação de Doentes e Segurança contra Incêndios, delineados pela instituição*”. Com este contributo, podemos, pelo menos garantir que as pessoas sabem que os procedimentos existem, e nomeadamente as pessoas integradas, têm conhecimento de quais os procedimentos a seguir.

Para o objetivo específico “*Listar o que existe no serviço na preparação para uma catástrofe e/ou Emergência Multivitima*”, a experiência do estágio foi determinante, uma vez que só estando nos locais é que percebemos a verdadeira dimensão do que seria uma catástrofe ou emergência multivitima no local.

Quando existe uma catástrofe e/ou emergência, pensa-se em salvar os vivos e levá-los para onde existe socorro, nomeadamente o hospital. O problema é quando a catástrofe e/ou emergência ocorre no hospital.

Analisando como o serviço está preparado, percebemos, como já foi referido, que encontra-se preparado. Existe documentação que suporta a atuação numa situação dessas, nomeadamente procedimentos como o Plano de Emergência Interno, Evacuação de Doentes e Segurança contra Incêndios. Anualmente, existe formação direcionada para esta área, fazendo parte da formação obrigatória. A última formação foi em abril de 2013. Em 2012, existiu um simulacro executado com sucesso, tendo sido notícia no jornal da região, como pode consultar nos Anexos (Anexo 2). No módulo Seminário de Peritos foi-nos dito que os simulacros programados e com pessoas internadas a fingir deveriam ser anuais. No

entanto, como a própria notícia diz, não é prática no nosso país e já congratulamo-nos por termos feito um, reconhecendo no entanto que devia ser mais frequente. A cidade, por ter uma zona industrial potencialmente perigosa para a comunidade, fez ainda um simulacro em novembro de 2012 onde se testou a articulação com várias entidades, nomeadamente o hospital com o seu plano de emergência externo.

No serviço propriamente dito, existem extintores e mangueiras colocados em pontos estratégicos e saídas de emergência corretamente sinalizadas. Junto aos telefones, está afixado algoritmo de atuação, com destaque para o contato telefónico; as portas de emergência estão desobstruídas; e o serviço estão bem sinalizado. Verificámos no entanto a falta de um mapa do serviço com estes aspetos tivessem sinalizados. Ainda nos propusemos a fazer, mas deve ser feito por entidades credenciadas, e, pelo que fomos informados, já se encontra adjudicado. Para além disso, é ainda de referir que recentemente esteve uma estudante do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que estagiou no serviço, e trabalhou esta temática, elaborando folhetos informativos.

Após esta reflexão, consideramos que *“Apresentámos resumo reflexivo sobre o que existe no serviço, contendo pelo menos três estratégias utilizadas na preparação para uma catástrofe e/ou Emergência Multivitima”*, pelo que consideramos que atingimos o objetivo específico de *“Listar o que existe no serviço na preparação para uma catástrofe e/ou Emergência Multivitima.”*

### **Prevenção e Controlo de Infecção**

Na competência *Prevenção e Controlo de Infecção*, na prestação direta de cuidados houve uma preocupação de respeitar sempre as linhas orientadores. No nosso PIS, preocupámo-nos em integrar esta temática no programa de integração. Assim, todas as atividades delineadas para o PIS, contribuíram para o desenvolvimento desta competência, nomeadamente as inerentes ao objetivo específico *“Divulgação no Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos do Serviço de Cirurgia Geral Programa de Integração, os procedimentos Limpeza das Áreas Infetadas ou de Isolamento; Precauções de Isolamento; Controlo de Micro-organismos Multiresistentes; Higienização das Mãos; Controlo e Prevenção de Infecções durante a Recolha, Manuseamento e Transporte de Produtos Biológicos; Prevenção da Infecção do*

*Local Cirúrgico; bem como a Política Controlo da Infecção, delineados pela instituição" e "Divulgação na equipa de enfermagem e na equipa de assistentes operacionais o Procedimento Precauções de Isolamento".* Com este contributo, podemos, pelo menos garantir que as pessoas sabem que os procedimentos existem, e nomeadamente as pessoas integradas, têm conhecimento de quais os procedimentos a seguir e as linhas orientadoras a respeitar.

A visita à Comissão de Controlo de Infecção, foi também útil, porque permitiu conhecer a sua dinâmica de trabalho, bem como em projetos a instituição está envolvida e como dá resposta a esses mesmos projetos. Como não conhecíamos o funcionamento de nenhuma comissão, foi interessante perceber que estão em constante articulação com os serviços, não se limitando a ficar fechados nos seus escritórios a emanar procedimentos e diretrizes. Este dia também permitiu perceber que, poderia ser interessante um estágio maior, uma vez que a metodologia de projeto assenta como uma luva na Comissão e há sempre trabalho a fazer.

Quanto ao trabalho no serviço, procurámos a *Divulgação na equipa de enfermagem e na equipa de assistentes operacionais o Procedimento Precauções de Isolamento* bem como *Construir folheto informativo sobre medidas de isolamento para entregar a visitas.* Para tal, foram construídos folhetos informativos, adaptados a enfermeiros e assistentes operacionais, como previsto. Tal como já foi referido no *Cuida da Pessoa em Situação de Crise*, no caso dos enfermeiros, foi desenvolvido em simultâneo com a Escala Visual Analógica. O folheto para ser entregue aos assistentes operacionais seguiu a mesma metodologia de construção para ser resistente e atrativo, motivo pelo qual numa das faces tem uma lista de verificação da limpeza das áreas infetadas. Ambos os folhetos estão integrados nos Apêndices (Apêndice 15 e 16). Tal como já foi referido anteriormente, a distribuição pelos enfermeiros atingiu 86,3% da equipa e pelos assistentes operacionais cerca de 85,7%. O folheto informativo foi criado para entregar às visitas e são abrangidas temáticas como a lavagem as mãos, uso de proteção individual, informação sobre a importância do isolamento bem como acerca do que trazer às pessoas internadas

Foi também construído um poster informativo, que foi afixado na UCIC. Foram impressos dois em tamanho A4 e um em A3, tendo sido posteriormente emoldurados. Os posters A4 foram colocados dentro da UCIC e dentro da sala de terapêutica. O poster A3 foi colocado

à entrada da UCIC. Este poster pode ser consultado nos Apêndices (Apêndice 17). É ainda de referir que foi produzido um folheto informativo a ser entregue aos visitantes, quando as pessoas internadas estiverem em Isolamento. Este folheto pode ser consultado nos Apêndices (Apêndice 18).

Todos os documentos elaborados foram entregues à Comissão de Controlo de Infecção, tendo inclusive feito algumas sugestões que foram incluídas. A Comissão de Controlo de Infecção divulgou na intranet estes documentos.

Pelos motivos supracitados, consideramos que cumprimos os indicadores de avaliação definidos e, consequentemente atingimos os objetivos planeados.

Para avaliação do PAC, importa ainda referir que, no cronograma do PAC, que pode ser consultado nos Apêndices (Apêndice 14), é possível verificar o cumprimento do previsto.

A divulgação deste projeto será este relatório, que, após ser aprovado, vai ser publicado no Repositório Comum e Bibliotecas.

De seguida, apresentamos a Análise das Competências Específicas do EEPSC, onde pretendemos expor uma breve análise crítica de como estas foram desenvolvidas no âmbito do PIS, não esquecendo todos os contributos do estágio e curso.

#### **d. Análise das Competências Específicas do EEPSC**

Neste capítulo, apresentamos a Análise das Competências Específicas do EEPSC, onde pretendemos expor uma análise crítica de como estas foram desenvolvidas no âmbito do PAC, não esquecendo todos os contributos do PIS, estágio e curso.

As competências desenvolvidas neste grupo estão essencialmente demonstradas no PIS, no PAC e no exercício clínico, uma vez que são as que clarificam o campo de ação específico do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em pessoa em Situação crítica. É também por esse motivo que é dado destaque às unidades de competência e não só às competências como nas Competências Comuns. O contributo da parte teórica do curso também não foi esquecido, tal como já foi referido na introdução deste trabalho.

É importante clarificarmos que a opção de limitar a análise às competências do enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em detrimento da Enfermagem

em Pessoa em Situação Crônica e Paliativa, prende-se com a opção de querermos desenvolver e aprofundar esta área, em vez de desenvolvermos superficialmente ambas as áreas. Neste momento, parece-nos ser mais benéfico no percurso profissional delineado cingir a uma das áreas, embora exista no serviço oportunidade de desenvolver ambas.

Tendo em conta o supracitado, é importante referirmos que de acordo com o modelo teórico escolhido (que é a linha orientadora de todo o nosso trabalho desenvolvido), a transição na qual a pessoa em situação crítica se encontra é Saúde/Doença, uma vez que existe uma alteração na saúde que provoca mudança de papéis (na pessoa e família), às quais a pessoa deve ajustar-se e onde o papel do enfermeiro se evidencia na ajuda durante esta transição. É com base neste princípio que prestamos os nossos cuidados especializados e foi com essa mentalidade que encarámos a análise destas.

A primeira competência específica que surge no Regulamento das Competências Específicas do EEPSC é: *Cuida da Pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência multiorgânica* (Ordem dos Enfermeiros, 2010:2). Esta será, por ventura, a que mais desenvolvemos com o exercício clínico, uma vez que representa a prestação de cuidados diretos à pessoa em situação crítica. Para clarificar esta competência, foram definidas unidades de competência que são (Ordem dos Enfermeiros, 2010:3):

*K.1.1. Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;*

*K.1.2. Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos;*

*K.1.3. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas;*

*K.1.4. Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica;*

*K.1.5. Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;*

*K.1.6. Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica*

Durante os estágios, foi possível desenvolver esta competência, uma vez que foi possível prestar cuidados à pessoa em situação emergente, detetando os focos possíveis de instabilidade (em algumas situações pontuais), gerir o plano terapêutico em função das complicações que pudessem daí advir, avaliar e gerir a dor de forma a garantir o bem-estar da pessoa e família, assistir a pessoa e família a gerir a situação de crise, utilizando para tal, a relação terapêutica através da comunicação interpessoal. A reflexão do exercício clínico durante o estágio é essencial para o seu desenvolvimento.

No PAC, a visita a uma Unidade da Dor foi profícua porque o conhecimento do funcionamento desta unidade permitiu-nos compreender melhor as várias dimensões da Dor, o que leva a uma melhor otimização das respostas, como é previsto no K.1.3. A distribuição da régua com a Escola Visual Analógica pela equipa otimiza também a resposta da equipa à dor na pessoa, permitindo que tenham sempre à mão um instrumento, de fácil explicação e compreensão.

O PIS contribuiu também para o desenvolvimento desta competência na medida em que, quão melhor estiver integrado quem presta os cuidados, mais se garante a qualidade na prestação de cuidados à pessoa emergente, na gestão de administração de protocolos terapêuticos, na gestão da dor e bem-estar da pessoa, na assistência à família e gestão da relação terapêutica com a mesma.

De referir ainda que os contributos dos módulos Cuidados em Situação de Crise: Cliente e Família, Cuidados ao Cliente com Falência Multiorgânica, Intervenções de Enfermagem Ao Cliente com Dor, Supervisão de Cuidados, Seminário de Peritos, Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem e Intervenções de Enfermagem a clientes em Situação de Urgência neste mestrado e a unidade temática Avaliação e controle da Dor na Pós-graduação em Enfermagem Perioperatória contribuíram diretamente para o desenvolvimento destas competências. Na Tabela 3, aparecem quais os principais contributos dos módulos e unidades temáticas no desenvolvimento desta competência. Para tal, aparece referido a unidade de competência para a qual contribuiu mais.

Módulo ou Unidade Temática	Contributo
<i>Cuidados em Situação de Crise: Cliente e Família</i>	Conhecimentos em como lidar com a crise de uma forma globalizante e integrada, à pessoa e família; neste módulo ficámos a conhecer a metodologia ABCDEFGHI aplicada na avaliação da pessoa em situação crítica (K.1.1., K.1.4., K.1.5, K.1.6.)
<i>Cuidados ao Cliente com Falência Multiorgânica</i>	Conhecimentos sobre o comportamento anatomofisiológico do corpo humano e sobre a fisiopatologia das principais situações que levam à falência multiorgânica, com especial ênfase nos focos de instabilidade (K.1.1.1, K.1.2.)
<i>Intervenções de Enfermagem Ao Cliente com Dor e Avaliação e controle da Dor</i>	Conhecimentos sobre a Dor, o que é, como se manifesta e formas de lidar com a mesma. Mais especificamente na Unidade temática, formas de avaliar a dor e de a controlar em contexto de bloco operatório (K.1.3.)
<i>Supervisão de Cuidados</i>	Desenvolvimento de um trabalho de reflexão sobre a prática de enfermagem em situação complexa, onde deveríamos demonstrar a intervenção do enfermeiro especialista (K.1.1., K.1.2., K.1.3., K.1.4., K.1.5. e K.1.6.)
<i>Seminário de Peritos</i>	Três peritos apresentam temáticas, das quais se destacam nesta competência a Abordagem ao Politraumatizado e Colheita de Órgãos; No primeiro, houve abordagem prática de todos os aspetos a ter em conta quando se socorre um politraumatizado e, na segunda, apresentou-se a realidade da colheita de órgão em Portugal e cuidados de enfermagem exige, seja à pessoa que fornece os órgãos (mesmo que esteja mantida viva apenas para a dádiva); seja a quem recebe) (K.1.1., K.1.2.)
<i>Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem</i>	Mais do que conhecimentos sobre espiritualidade, foi um "abre-olhos" no entendimento de cada pessoa tem a sua espiritualidade e não está vinculada à religião; contribuiu para melhorar a relação de ajuda (K.1.4., K.1.5. e K.1.6.)
<i>Intervenções de Enfermagem a clientes em Situação de Urgência</i>	Consistiu numa breve prática de Suporte Avançado de Vida, precedido de conhecimentos sobre o mesmo (K.1.1. e K.1.2.)

**Tabela 3 - Contributos dos Módulos no Cuidar de Pessoa em Crise**

A segunda competência específica que surge no Regulamento das Competências Específicas do EEPSC é: *Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência-multivítima, da conceção à ação* (Ordem dos Enfermeiros, 2010:2). Esta competência foi essencialmente desenvolvida em contexto de projeto, uma vez que durante o estágio não se prevê a ocorrência destas situações. Tendo a instituição planos de emergência, bem definidos e atualizados, e tendo sido praticada recentemente a resposta (e cuidados

inerentes) a uma situação destas, esta competência foi principalmente desenvolvida através de uma reflexão da realidade no serviço bem como através dos vários contributos do curso.

De forma a clarificar o que pretendemos nesta competência, foram definidas unidades de competência que são (Ordem dos Enfermeiros, 2010:4):

*K.2.1. Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência;*

*K.2.2. Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multivítima ou catástrofe;*

*K.2.3. Gere os cuidados em situações de Emergência e/ou Catástrofe.*

Durante os estágios, não nos foi possível conceber planos de catástrofe ou emergência porque estes já existem; a resposta está planeada nesses documentos, que foram incluídos no programa de integração para que todos tivessem conhecimento do mesmo. Em relação à gestão de cuidados em situação de Emergência e/ou catástrofe, felizmente não houve necessidade de o fazer.

Não tendo sido possível na prática executar esta competência, foi uma preocupação nossa informarmo-nos e refletirmos sobre a temática.

Assim, no PIS procurámos garantir a formação acerca destes planos, uma vez que na integração são transmitidas estas informações, adaptadas à UCIC.

No PAC, refletimos sobre como o serviço em questão está preparado para uma situação destas, procurando dinamizar a sua resposta.

De referir ainda que, no curso de mestrado, houve um módulo que contribuiu diretamente para o desenvolvimento destas competências nomeadamente, Seminário de Peritos. É também importante ressaltar a pertinência da gestão na dinamização da resposta a situações de catástrofe e emergência multivítima. Na Tabela 4, aparecem quais os principais contributos dos módulos e unidades temáticas no desenvolvimento desta competência. Para tal, aparece referido a unidade de competência para a qual contribuiu mais.



Módulo ou Unidade Temática	Contributo
<i>Seminário de Peritos</i>	Três peritos apresentam temáticas, das quais se destacam nesta competência a Catástrofe e Abordagem ao Politraumatizado. No primeiro, apresentou-se como deve ser estruturada a resposta a uma situação de catástrofe e emergência multivítima bem como as instituições devem-se preparar; e no segundo, houve abordagem prática de todos os aspetos a ter em conta quando se socorre um politraumatizado, frequente em situações de catástrofe e emergência multivítima; de referir ainda que o instrumento de avaliação foi um artigo de opinião em que refletimos (em conjunto com outra mestranda) sobre a resposta à catástrofe. (K.2.1., K.2.2. e K.2.3.).

**Tabela 4 - Contributos dos Módulos no Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe e/ou emergência multivítima**

A terceira competência específica que surge no Regulamento das Competências Específicas do EEPSC é: *Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas* (Ordem dos Enfermeiros, 2010:4). Esta competência, tal como a anterior, foi essencialmente desenvolvida em contexto de projeto. No exercício clínico é obviamente implícito que foram prestados cuidados no sentido do respeito pelas orientações para a Prevenção e Controlo de Infeção.

De forma a clarificar o que se pretende nesta competência, foram definidas unidades de competência que são (Ordem dos Enfermeiros, 2010:4):

*K.3.1. Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica;*

*K.3.2. Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência*

Tal como na competência anterior, não concebemos nenhum plano de prevenção, porque este já existe na instituição, bem como procedimentos de controlo de infeção. No entanto, contribuímos para a divulgação dos mesmos, como é possível constatar neste relatório.

No PIS, o fato de na integração ser transmitida informações relativas a estes planos e Procedimentos contribui para o desenvolvimento desta competência.

No PAC, a visita da Comissão de Controlo de Infecção contribuiu de forma decisiva para compreensão do seu funcionamento e qual o papel do enfermeiro especialista neste âmbito. A criação de documentos de divulgação (nomeadamente posters, folhetos de consulta rápida e folhetos informativos às visitas) permitiu divulgar os documentos criados por esta Comissão de Controlo de Infecção, contribuindo assim para maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção.

De referir ainda que os contributos do módulo Supervisão de Cuidados e a unidade temática Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde na Pós-graduação em Enfermagem Perioperatória contribuíram diretamente para o desenvolvimento desta competência.

Na Tabela 5, surgem quais os principais contributos dos módulos e unidades temáticas no desenvolvimento desta competência. Para tal, aparece referido a unidade de competência para a qual contribuiu mais.

Módulo ou Unidade Temática	Contributo
<i>Supervisão de Cuidados</i>	Desenvolvimento de um trabalho de reflexão sobre a prática de enfermagem em situação complexa, onde deveríamos demonstrar a intervenção do enfermeiro especialista. No caso escolhido por nós, a infeção foi um dos focos de alta sensibilidade à prática de enfermagem (K.3.1. e K.3.2.)
<i>Prevenção e Controlo das Infecções Adquiridas nos Cuidados de Saúde</i>	No bloco operatório, a prevenção da infeção é algo que máxima importância e que está diretamente relacionado com o ambiente cirúrgico, pelo que na Pós-graduação foram transmitidos conhecimentos sobre assepsia, procedimentos de higienização, importância da profilaxia antibiótica bem como classificação da ferida cirúrgica na avaliação do risco de infeção(K.3.1. e K.3.2.).

**Tabela 5 - Contributos dos Módulos no Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica**

De seguida, apresentamos a Análise de Competências de Mestre, onde efetuamos uma reflexão sobre como estas foram desenvolvidas, com todos os seus contributos.

## 4. Análise das Competências de Mestre

Nos mestrados da ESS, prevê-se formação científica de caráter profissional, contribuindo, “*suportado pela evidência, para o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos da enfermagem na área da especialidade*” (Departamento de Enfermagem da ESS, 2012:5). Para que tal seja possível, prevê-se que o estudante (Departamento de Enfermagem da ESS, 2012:5-6):

*Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem;*

*Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas;*

*Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva;*

*Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos;*

*Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;*

*Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular”*

Consideramos que o desenvolvimento destas competências se encontra patente na elaboração deste relatório, onde é explorado concomitantemente PIS e PAC.

É por esse motivo que consideramos imprescindível refletir sobre as competências de mestre, procedendo à sua análise crítica.

Muitos foram os contributos para a construção das competências previstas neste percurso formativo, nomeadamente no âmbito das unidades curriculares lecionadas, exercício clínico em âmbito de estágio e no desenvolvimento do PIS e do PAC. Por considerarmos ser mais explícito, apresentamos sua análise competência a competência, pela ordem que surgem no Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

De seguida, apresentamos a análise crítica e reflexão das Competências Clínicas Específicas.

### a. Competências Clínicas Específicas

No perfil de competências do mestre em enfermagem médico-cirúrgica, surge a primeira competência:

*"Demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem;*

- a) realiza avaliações exaustivas do indivíduo, das famílias e das comunidades, em situações complexas;*
- b) sintetiza e analisa criticamente os dados das avaliações para uma tomada de decisão segura;*
- c) diagnostica e gere problemas e condições de saúde;*
- d) prescreve intervenções de enfermagem geral e especializada,*
- e) inicia e coordena a educação de indivíduos, famílias e comunidades para proteger e promover a sua saúde e prevenir doenças;*
- f) referencia e recebe referência de doentes e famílias, para assegurar a continuidade dos cuidados;*
- g) avalia a prática para assegurar serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade." (Nunes e Ruivo 2011:4).*

A prestação de cuidados em enfermagem é desenvolvida tendo por base avaliações exaustivas da pessoa, bem como do seu meio envolvente (família, comunidade), uma vez que só desta forma é possível extrair os dados importantes para uma tomada de decisão segura, que permita diagnosticar corretamente os problemas de saúde, sendo determinante para uma prescrição de intervenções adequada à pessoa e realista. As nossas intervenções,

delineadas previamente, direcionam-se no sentido de proteger e promover a saúde, bem como prevenir a doença, pelo que a educação para a saúde, assumiu-se como a nossa ferramenta de eleição. Por não sermos onnipresentes, e porque as pessoas precisam de cuidados contínuos, especialmente em cuidados complexos, a continuidade de cuidados é imperativo, motivo pelo qual temos de ser capazes de referenciar corretamente as pessoas bem como receber a sua referenciação. Devemos ainda ter em consideração que, um profissional sozinho pode não fazer a diferença, pelo que todos devem trabalhar para termos serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade. Assim, devemos estar atentos ao nosso trabalho, bem como ao que nos rodeia, avaliando e corrigindo bem como discutindo aspetos que nos pareçam menos corretos.

Esta é uma competência ampla, em que nos parece que representa o nosso trabalho do dia a dia, respeitando uma das ferramentas de enfermagem: o processo de enfermagem. Da nossa análise crítica, o desenvolvimento destas competências verificam-se em estágio, onde, em cuidados complexos (nomeadamente na UCIC), podemos prestar cuidados diferenciados, em que avaliámos as pessoas, família e comunidade, nomeadamente no acolhimento, e sistematizámos na Avaliação inicial onde os enfermeiros registam. De seguida, extraíndo os dados relevantes, elaborámos os diagnósticos de enfermagem (com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), sendo estes atualizados de acordo com a avaliação constante. As intervenções foram sendo prescritas com base nos diagnósticos e realizámos educação para saúde nas pessoas e famílias quando surgia essa oportunidade. Com o intuito de acautelar a continuidade dos cuidados, foram feitos registos de enfermagem precisos (no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) e presencialmente, foram transmitidas todas as informações pertinentes em momento designado de Passagem de turno. O desenvolvimento do nosso PIS (principalmente) bem como o PAC contribui para serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade.

Embora o desenvolvimento desta competência se verifique em estágio, todo o curso foi determinante, sendo que salientamos o módulo Supervisão de Cuidados, porque neste executámos um trabalho integrador e que exemplificou claramente o trabalho do enfermeiro especialista, utilizando o processo de enfermagem num caso criado por nós (mas baseado nas nossas experiências). É ainda de ressaltar todos os outros módulos

contribuíram de forma decisiva para esta competência, visto que sem os conhecimentos apropriados, seria impraticável desenvolver um bom processo de enfermagem.

Em suma, consideramos que esta competência se encontra adquirida.

De seguida, apresentamos a análise crítica e reflexão do Desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências.

### **b. Desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências**

No perfil de competências do mestre em enfermagem médico-cirúrgica, surge a segunda grupo de competência:

*"Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas;*

- a) identifica os seus próprios recursos pessoais, ajustando as necessidades de formação ao seu próprio projeto pessoal/profissional;*
- b) valoriza a autoformação como componente essencial do desenvolvimento."*

(Nunes e Ruivo 2011:4).

A procura de conhecimento, a nosso ver, é condição inerente a ser humano, porque se temos capacidade intelectual, devemos fazer uso da mesma, ainda por cima, se fazemos parte de uma profissão. Reconhecendo nós que não somos meros executores de tarefas, temos a obrigação de ser mais e melhor, procurando o conhecimento mais atualizado e apropriado a nós e ao nosso projeto pessoal e profissional. É neste contexto que a auto-formação é determinante, visto que, se não somos nós atores do nosso próprio desenvolvimento, apenas conseguiremos assistir à peça que nos suporta. É preciso saber o que sabemos para desenvolvermos o essencial e não o necessário.

Apenas pelo simples fato de nos inscrevermos no curso, num momento de crise (profissional e económica) em que o país se encontra, demonstra a nossa vontade em desenvolver autonomamente conhecimentos e competências.

Sendo um pouco mais direcionadas, este curso promoveu diversos momentos de desenvolvimento de conhecimento e competência, promovendo a pesquisa autónoma, bem como a discussão em grupo, de forma a desenvolver as competências necessárias. Exemplo disso, são os inúmeros trabalhos ao longo de todo o curso, seja os de avaliação formativa, seja em contexto de sala de aula. Ao longo do estágio, a pesquisa de conhecimento com o intuito de desenvolver competências foi uma realidade incontestável, visível nos cronogramas do PIS e do PAC, que se consultam nos Apêndices (Apêndice 8 e 14).

Mais concretamente, esta competência fica também demonstrada em todo este relatório em que foi desenvolvido o enquadramento concetual que serve suporte de trabalho; bem como no PIS e no PAC (principalmente), onde foram identificadas as nossas necessidades formativas, nomeadamente para o desenvolvimento de competências do EEPSC.

Em suma, consideramos que esta competência se encontra adquirida.

De seguida, apresentamos a análise crítica e reflexão de Equipas de Desenvolvimento multidisciplinar.

### c. Equipas de Desenvolvimento multidisciplinar

No perfil de competências do mestre em enfermagem médico-cirúrgica, surge a terceira competência:

*"Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva*

*a) aplica os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização;*

*b) conhece os conceitos, fundamentos, teorias e factos relacionados com as Ciências de Enfermagem e suas aplicações, nos diferentes campos de intervenção;*

*c) serve como consultor para outros profissionais de saúde, quando apropriado;*

*d) faz gestão de casos quando aplicável;*

*e) trabalha em colaboração com a saúde pública, profissionais de saúde e outros líderes comunitários relevantes e/ou agências para melhorar a saúde global da comunidade." (Nunes e Ruivo 2011:4-5).*

A área da saúde, devido à sua complexidade, integra várias disciplinas do conhecimento, cada uma com a sua importância e contributos na resolução dos problemas que surgem. Cabe-nos a nós, enfermeiros, dar o nosso contributo e fazê-lo de forma proativa, aplicando os nossos conhecimentos (no nosso caso específico da área de enfermagem médico-cirúrgica) e capacidade de compreensão e resolução daquilo que é nossa competência e nossa disciplina (Ciências de Enfermagem). Devemos ser, portanto, referência para outros profissionais (bem como trabalhar em articulação com estes) e gerir casos, no nosso campo de atuação com vista a melhorar a saúde global da comunidade.

O desenvolvimento dos projetos explanados neste relatório exemplifica o quão envolvidas estamos nestas equipas de desenvolvimento multidisciplinar, onde procurámos melhorar a saúde global da comunidade. Durante todos os estágios, fomos líderes de projetos, procurando, desta forma contribuir de forma proativa com os nossos conhecimentos para a melhoria dos cuidados prestados na UCIC, por exemplo (no caso do PIS, onde desenvolvemos o Procedimento de integração de novos profissionais). A área de conhecimento da enfermagem médico-cirúrgica, em especial na área de pessoa em situação crítica deu-nos contributos fulcrais e determinantes para o que foi construído neste procedimento e sem os quais, certamente, não seria o mesmo. A prestação de cuidados na UCIC é em âmbito de cuidados complexos e onde as pessoas vivenciam situações de crise, pelo que é da nossa área específica de atuação.

A nossa área de especialização (enfermagem médico-cirúrgica) permitiu-nos dar outros contributos importantes como sucedeu a atuação na área das Precauções com o Isolamento (PAC) em que foram apresentados documentos sobre o controlo de infeção nos casos de isolamento a Enfermeiros e Assistentes Operacionais, tornando-nos no consultor para este problema de saúde. A criação do folheto informativo, a ser entregue às visitas, serviu para melhorar a saúde global da comunidade, porque impede e/ou minimiza a saída de microrganismos para a comunidade.

Em suma, consideramos que esta competência se encontra adquirida.

De seguida, apresentamos a análise crítica e reflexão do Desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio.



#### d. Desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio

No perfil de competências do mestre em enfermagem médico-cirúrgica, surge a quarta competência:

*"Age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos;*

*a) selecionar os meios e estratégias mais adequados à resolução de um determinado problema, de forma fundamentada;*

*b) avalia os resultados, em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e da perspetiva das repercussões em sentido ético e deontológico;"* (Nunes e Ruivo 2011:5).

A tomada de decisão em contexto de cuidados complexos, onde a imprevisibilidade é muita e o tempo determinante, assume uma importância incontestável. Desta forma, todos os profissionais que trabalham nestes contextos, e ainda mais, os especialistas têm de ser detentores de argumentos rigorosos baseados na evidência. Para tal, estes devem desenvolver o raciocínio em momentos cuja tomada de decisão não é exigida para o imediato, porque isto permite-lhes treinar o raciocínio, bem como refletir sobre como agiria sobre este ou outro caso (selecionando os meios e estratégias adequados). No final de cada situação, deve também refletir sobre o mesmo, avaliando os resultados e perceber os ganhos em saúde sensíveis aos nossos cuidados (já prestados) bem como as suas repercussões (éticas e deontológicas).

Ao longo do curso, foram vários os contributos para a aquisição desta competência, uma vez que todos os fundamentos são essenciais para a tomada de decisão consciente e rigorosa. Destacamos os módulos de Supervisão de Cuidados e Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos, porque foi nestes que tivemos oportunidade para refletir sobre vários casos onde a tomada de decisão foi debatida. Mais uma vez, o trabalho destes módulos, constituiu-se como uma fonte de reflexão que fundamentou e irá fundamentar tomadas de decisões em situações semelhantes.

Para além desta reflexão proporcionada pelos módulos supracitados, todos os momentos do estágio em que houve tomada de decisão serviram de reflexão. Concomitantemente, as

tomadas de decisão em contexto de estágio (nomeadamente na prestação de cuidados) foram baseadas nessas reflexões e sustentadas em raciocínios prévios sobre essas situações.

É ainda de referir que, mais uma vez, este relatório espelha estas competências uma vez que, como é possível verificar, todas as decisões tomadas, seja no PIS, seja no PAC, foram fundamentadas tanto na pesquisa científica (percetível no enquadramento concetual) bem como em ferramentas diagnóstico (consultável no PIS), por exemplo.

Em suma, consideramos que esta competência encontra-se adquirida. De seguida, apresentamos a análise crítica e reflexão de Investigação para promoção da prática de enfermagem baseada na evidência.

#### e. Investigação para promoção da prática de enfermagem baseada na evidência

No perfil de competências do mestre em enfermagem médico-cirúrgica, surge a quinta competência:

*"Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência:*

- a) analisa, concebe e implementa resultados de investigação e contributos da evidência para a resolução de problemas, com especial ênfase nos que emergem da área dos estudos especializados, considerando os aspetos sociais e éticos relevantes;*
- b) usa capacidades de investigação apropriadas para melhorar e fazer evoluir a prática."* (Nunes e Ruivo 2011:5).

Na competência anterior, fizemos referência à importância de tomadas de decisão fundamentadas e rigorosas. No entanto, para que tal aconteça é necessário ter conhecimentos credíveis e empregáveis, nas quais possamos sustentar a nossa prática. Esta deve ser baseada na evidência, assumindo a investigação um papel fundamental. O nosso contributo para a investigação que promova a prática de enfermagem é determinante porque somos nós os atores no nosso palco de atuação e devemos ser nós a analisar, conceber e implementar resultados e contributos da evidência, em especial na nossa área de estudos especializados. Esta não deve ser realizada a qualquer custo, pelo que o respeito

pelos aspetos sociais e éticos relevantes deve constituir-se como uma realidade. Só o uso apropriado da investigação permite melhorar e fazer evoluir a nossa prática.

Durante o curso, a promoção da investigação é notável, tendo nós vários módulos de fundamentação desta e que estimulem à mesma, das quais destacamos a elaboração de um artigo no módulo Seminário de Peritos e Intervenções de Enfermagem em Situações de Urgência. A UC Investigação foi na íntegra dedicada a esta temática. O artigo produzido neste relatório (Apêndice 1) é também representativo desta necessidade de contribuir para a investigação que promova a prática de enfermagem baseada na evidência.

Por seu turno, é no estágio onde verifica a materialização desta competência visto que para a elaboração do PIS (e do PAC) analisámos e concebemos resultados de investigação para a resolução de um problema na área dos nossos estudos especializados, usamos capacidades de investigação apropriadas para melhorar a nossa prática. Exemplificando, para a contextualização do PIS, foram utilizadas ferramentas diagnósticas (Stream Analysis, SWOT e questionário), que posteriormente foram trabalhadas com ferramentas de tratamento de dados (Tratamento estatístico e Análise de Conteúdo) que fundamentaram a intervenção neste problema e contribuíram para a construção do procedimento de integração (resolução do nosso problema no PIS).

Em suma, consideramos que esta competência encontra-se adquirida. De seguida, apresentamos a análise crítica e reflexão da Formação dos pares e de colaboradores.

#### f. Formação dos pares e de colaboradores

No perfil de competências do mestre em enfermagem médico-cirúrgica, surge a sexta competência:

*"Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular"* (Nunes e Ruivo 2011:5).

Podemos ser detentores de um elevado nível de formação, com conhecimentos adquiridos acima da média e bem capacitados para a nossa função, mas de nada serve se não o partilharmos. Da mesma forma que os projetos e documentos elaborados podem estar

muito bons, bem desenvolvidos e fundamentados, mas de nada serve se não estiverem devidamente divulgados nos nossos pares e colaboradores. Para além disso, no desenvolvimento de um projeto não estamos sozinhos, motivo pelo qual, se queremos o seu sucesso, a formação dos pares e colaboradores é determinante.

No âmbito do curso, houve diversos momentos em que contribuímos para o desenvolvimento dos pares e onde fomos alertados para esta necessidade. O módulo Formação Contínua Aplicada à Enfermagem permitiu-nos refletir sobre esta temática e abriu espaço a aclararmos a andragogia.

No estágio, pelo já referido, foi onde conseguimos adquirir esta competência uma vez que houve necessidade de divulgar e formar a equipa para o procedimento de integração (o PIS). Neste contexto, a análise diagnóstica foi realizada no início do projeto e, por ser um projeto novo, a falta de conhecimento sobre o mesmo fundamentou esta necessidade de formação. Foi feito o adequado planeamento, que pode ser consultado nos Apêndices (Apêndice 11), tendo sido posteriormente executado e avaliado (como se encontra no capítulo do PIS dedicado à avaliação do mesmo).

Em suma, consideramos que este grupo de competências encontra-se adquirido.

De seguida, apresentamos a conclusão deste relatório onde apresentamos uma síntese dos aspetos significativos, análise dos objetivos, avaliação de todo este percurso e processo, fazendo uma reflexão sobre os aspetos facilitadores e constrangedores, bem como sugestões e limitações.

## 5. Conclusão

Neste capítulo, apresentamos a conclusão deste relatório onde expomos uma síntese dos aspetos significativos do mesmo, avaliamos todo o percurso e processo até aqui, fazendo a análise dos objetivos definidos na introdução e refletindo sobre os aspetos facilitadores e constrangedores, bem como sugestões e limitações para caminhos futuros.

O caminho percorrido nestes estágios (bem como de todo o curso) foi trabalhoso mas, ao mesmo tempo, profícuo, já que as aprendizagens foram muitas como se pôde verificar ao longo de todo o trabalho; e os documentos produzidos foram necessários para colmatar necessidades que o serviço apresentou. Esse caminho encontra-se espelhado neste relatório, que acreditamos ser suficientemente explícito do mesmo.

Começámos por apresentar o **Enquadramento Concetual** que serve de base para todo o relatório, mas, principalmente para o estágio, uma vez que só se pode praticar numa profissão científica, se existirem bases científicas para tal. Deste modo, o enquadramento deste relatório apresentou-se o modelo de enfermagem em que nos baseamos, neste caso, A Teoria das Transições da Afaf Meleis, que considerámos ser aplicável com clareza ao desenvolvimento do estágio preconizado e ao caminho a seguir enquanto Enfermeiros que cuidam de pessoas em situação crítica; de seguida, enquadrámos A Qualidade em Enfermagem, onde nos preocupámos em defini-la e explicitá-la no contexto da saúde, e, mais concretamente em Enfermagem; seguiu-se Cuidados de Enfermagem em Contexto Complexo, em que, através das definições e conceitos definidos pela Ordem dos Enfermeiros, procurámos clarificar o que são os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Portugal; por fim, apresentou-se o Desenvolvimento de competências nos enfermeiros – o Processo de Integração, que serviu principalmente para o fundamentar o PIS.

Tendo desenvolvido o enquadramento concetual e sendo este documento um relatório, apresentou-se de seguida o **Projeto de Intervenção no Serviço**, onde, através do esclarecimento dos seus aspetos mais minuciosos, nomeadamente Diagnóstico de situação, Planeamento e, Execução, avaliação e divulgação, expusemos de que forma foi desenvolvido o nosso projeto: Integrar Melhor para Cuidar Melhor. A seguir, e porque

era essa a finalidade do PIS, foi realizada a Análise das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, onde explicitámos de que forma foram desenvolvidas.

O **Projeto de Aprendizagem Clínica**, por seu turno, apresentou-se com os mesmos aspetos, ou seja, Diagnóstico de situação, Planeamento e, Execução, avaliação e divulgação, uma vez que seguiram ambos a mesma metodologia. Neste é apresentado de forma mais reduzida, visto não existir necessidade de explicitação de todos os aspetos por já estarem no PIS. À imagem do PIS, no final deste capítulo, apresentou-se a Análise das Competências Específicas do EEPSC, porque era finalidade do PAC desenvolvê-las e onde procurámos expor de que forma foram desenvolvidas.

Por fim, apresentamos a **Análise das Competências de Mestre**, onde, através das competências, nomeadamente Competências Clínicas Específicas, Desenvolvimento Autónomo de Conhecimento e Competências, Desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio, Equipas de Desenvolvimento Multidisciplinar, Investigação para promoção da prática de enfermagem baseada na evidência e, Formação de Pares e Colaboradores, analisámos e refletimos sobre como estas competências foram adquiridas e desenvolvidas. Com este capítulo pretendemos efetuar uma síntese reflexiva de todo o percurso e para o qual contribuíram o PIS, PAC e todo o curso como foi sendo referido.

No início deste relatório, definimos como objetivo: *refletir acerca do percurso de desenvolvimento de competências de Mestre através dos contributos obtidos durante o curso*. É de referir que, no nosso entender, consideramos este objetivo cumprido uma vez fundamentámos o relatório com enquadramento concetual que suportou todo o trabalho efetuado; Apresentámos o PIS, realizando análise crítica com recurso a fundamentação teórica e sintetizando o desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista; Apresentámos o PAC, da mesma forma, ou seja, realizando análise crítica com recurso a fundamentação teórica; e sintetizando o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Cirúrgica (mais concretamente, o Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica); Por fim, analisámos reflexivamente as competências de Mestre.

Neste processo de aprendizagem que se desenrolou durante os estágios, mas também durante todo o curso, existiram aspetos Facilitadores e Constrangedores, que permitiram chegar até este momento de análise. Um dos aspetos facilitadores, fruto da tecnologia que

hoje em dia temos ao nosso dispor, é a Virtual Private Network (VPN) que permite que em qualquer parte do mundo seja possível consultar as bases de dados científicas que o IPS paga. Acreditamos que, sem esta tecnologia, o investimento de tempo e dinheiro seria bem superior, uma vez que implicava um deslocamento ao campus. Outro aspeto facilitador, foi a disponibilidade da orientadora na construção deste caminho, que permite ter certezas nas escolhas que fazemos e fizemos para a construção do presente documento.

Felizmente, os aspetos constrangedores limitam-se à gestão de tempo e à sobrecarga de trabalhos académicos, onde nem sempre é fácil conciliar trabalho, vida pessoal, aulas e estágio, pelo que o estabelecimento de prioridades é essencial, não deixando nunca de existir algo lesado. Ao longo deste relatório, fomos enumerando alguns dos trabalhos que fomos fazendo para o curso, o que demonstra que reconhecemos a sua pertinência e importância para o desenvolvimento do nosso percurso formativo. No entanto, sabemos que custos acarretaram para nós, pelo que os consideramos excessivos e constrangedores do desenvolvimento deste relatório. O fato de coexistirem durante a elaboração deste, não nos permitiu dedicar toda a atenção que pretendíamos, o que pode, de certa forma, ter prejudicado o desenvolvimento do PIS e do PAC. Tal como já referimos, foi uma escolha nossa, devido ao nosso estabelecimento de prioridades, mas sentimos necessidade de explicitá-lo.

Quanto a limitações, gostaríamos de apontar apenas a impossibilidade de cumprir, em tempo útil, o último objetivo do PIS, o de Testar a sua implementação, conforme planeado. Sendo totalmente alheios ao que se passou, consideramos esta uma limitação no PIS e, consequentemente neste relatório. As sugestões passarão, logicamente, por a execução das atividades definidas para essa etapa e uma atualização do procedimento de integração, bem como de todos os documentos realizados no PAC à medida que for sendo construído algo novo na UCIC, porque, de nada serve um procedimento e documentos desatualizados.

Foi um percurso com vários momentos de reflexão e que contribuíram para este documento, como já foi amplamente referido. O que importa aqui referir neste momento é que temos consciência plena que o presente documento se fosse elaborado há uns meses atrás não teria seguramente a mesma qualidade que apresentámos; da mesma forma, se for elaborado daqui a uns meses futuros, o conteúdo seria outro com certeza. Embora refletisse sobre o mesmo período, as aprendizagens que vamos tendo ao longo da nossa vida, mudam

a forma como encaramos os processos já vividos. O que podemos afirmar é que neste relatório está aquilo em que nos tornámos hoje e é com esta certeza que trabalhamos diariamente. Certamente tem muitos erros, que procuraremos encontrá-los; não para apagá-los no nosso percurso, mas para expô-los e recordá-los todos os dias para não os repetirmos. São momentos e processos como estes que nos fazem crescer, mais do que como Enfermeiros, como Pessoas. E mais do que ser licenciado, mestre, ou especialista, para nós, afirmamos, basta ser Enfermeiros (como nós o entendemos). Por tudo isto, procuramos sempre mais e melhor.

Para os caminhos futuros, gostaríamos ainda de referir que pretendemos divulgar o presente relatório assim que tal for possível de forma a completar todo o processo de investigação, para completar mais esta etapa de transição - de Enfermeiro Licenciado a Mestre e Enfermeiro Especialista.



## Bibliografia

- ✓ BARBIER, J. - *Elaboração de Projetos de Acção e Planificação*. Porto: Porto Editora, 1996. ISBN: 972-0-34106-8;
- ✓ BARDIN, L., - *Análise de Conteúdo*. 5ª Edição. Lisboa : Edições 70, 2011. ISBN: 978-972-44-1506-2;
- ✓ BÁRTOLO, E. - *Formação em Contexto de Trabalho no Ambiente Hospitalar. Um Estudo Etnográfico numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos*. Lisboa: Climepsi, 2007. ISBN: 978-972-796-270-9;
- ✓ BENNER, P. – *De Iniciado a Perito*. Lisboa: Editora Quarteto, 2001. ISBN: 972-8535-97-X;
- ✓ BILHIM, J. - *Teoria Organizacional - Estruturas e Pessoas*. 3ª Edição. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2004. ISBN: 972-9229-93-7;
- ✓ CANÁRIO, R. - *Educação de Adultos - Um campo e uma problemática*. Lisboa: ANEFA, 2000. ISBN: 972-8036-21-3;
- ✓ CHIAVENATO, I - *Recursos Humanos O capital Humano das Organizações*. 8ª Edição. São Paulo: Editora Atlas, 2006. ISBN: 85-224-3873-0;
- ✓ CHIAVENATO, I. – *Gestão de Pessoas: o novo papel dos Recursos Humanos nas organizações*. 6ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1999. ISBN:85-352-0427-X;
- ✓ COCKERHAM, J. *et al* – Supporting Newly Hired Nurses: A Program to Increase Knowledge and Confidence While Fostering Relationship Among the Team. Wiley Periodicals. Vol. 46, nº 4 (2011). ISSN:1098-237X. Págs231-239. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22029766>; [Consultado a 27 de dezembro de 2012];
- ✓ Comissão Europeia. Memorando da Aprendizagem ao Longo da Vida. in [http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/doc/policy/memo\\_pt.pdf](http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/doc/policy/memo_pt.pdf); [Consultado a 13 de setembro de 2012];
- ✓ COUCEIRO, M. - *Um olhar...* in SILVA, I. *et al* - *Educação e Formação de Adultos - Factor de Desenvolvimento, Inovação e Competitividade*. Lisboa: ANEFA, 2002 ISBN: 972-95759-5-9;
- ✓ CUNHA, M. *et al* - *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. 6ª Edição. Lisboa: 2007, Editora RH. ISBN: 978-972-8871-16-1;
- ✓ Decreto-Lei n.º 104/98. D.R. n.º 93, Série I-A de 1998-04-21;

- ✓ Departamento Qualidade - Manual de Acreditação de Unidades de Saúde. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde, 2011. <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521>. [Consultado a 25 de outubro de 2013];
- ✓ FORTIN, M.; *et al*- *Fundamentos e etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5;
- ✓ HOUASSIS, A., VILLAR, M. - *Dicionário Houassiss da Língua Portuguesa*. Tomo V MER-RED. Lisboa: Circulo de Leitores, 2003, ISBN: 972-42-2809-6;
- ✓ IVANCEVICH, J. - *Gestão de recursos humanos*. 10ª edição. São Paulo: McGraw Hill, 2008. ISBN: 978-85-86804-80-9;
- ✓ JOAO, T. - Incêndio a fingir para intervenção levada a sério. *O Setubalense*. Nº4631. (2012). Ano 13º-3ª Série. Segunda, 5 março de 2012. Pág. 8;
- ✓ LAKANMAA, R.; *et al*- Competence requirements in intensive and critical care nursing – still in need of definition? A Delphi study. *Intensive and Critical Care Nursing*. Nº28 (2012). ISSN:0964-3397. Págs. 329-336. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22534494>; [Consultado a 27 de dezembro de 2012];
- ✓ LEITE, E.; *et al* - *Trabalho de Projecto: Aprender Por Projectos Centrados em Problemas*. 4ª Edição. Porto: Edições Afrontamento, 2001. ISBN: 972-36-0216-4;
- ✓ LEITE, E.; *et al* - *Trabalho de Projecto: Leituras Comentadas*. 3ª Edição. Porto: Edições Afrontamento, 1993. ISBN: 972-36-0238-5;
- ✓ MÃO DE FERRO, A.; - *Na Rota de Pedagogia*. Lisboa: Edições Colibri, 1999. ISBN: 972-772-069-2;
- ✓ MELEIS, A. - *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company, 2010. ISBN: 978-0-8261-0535-6;
- ✓ NUNES, L. - *Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica em enfermagem de Nunes*. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal da Escola Superior de Saúde, 2013. Disponível em <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>; [Consultado a 1 de agosto de 2013]

- ✓ NUNES, L. e RUIVO, A.; - *Fundamentos, enquadramento e roteiro normativo de Relatórios e Trabalho de Projecto*. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal da Escola Superior de Saúde, 2012;
- ✓ NUNES, L. e RUIVO, A.; - *Guia de Curso: 1º Semestre*. Ano letivo 2012/2013. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal da Escola Superior de Saúde, 2012;
- ✓ NUNES, L. e RUIVO, A.; - *Guia de Curso: 2º Semestre*. Ano letivo 2012/2013. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal da Escola Superior de Saúde, 2012;
- ✓ NUNES, L. e RUIVO, A.; - *Guia de Curso: 3º Semestre*. Ano letivo 2012/2013. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal da Escola Superior de Saúde, 2013;
- ✓ NUNES, L. e RUIVO, A.; - *Guia Orientador dos Estágios de 2º e 3º Semestre – Estudantes com Equivalência PG Perioperatória*. Ano letivo 2012/2013. Instituto Politécnico de Setúbal da Escola Superior de Saúde;
- ✓ NUNES, L. e RUIVO, A.; - *Guia para a Elaboração do Relatório 1 e 2*. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal da Escola Superior de Saúde, 2013;
- ✓ NUNES, L. e RUIVO, A.; - *Regulamento do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal da Escola Superior de Saúde, 2011;
- ✓ NUNES, L; *et al* – Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos. Nº 15 (2010). ISSN:1646-5067. Disponível em <http://web.ess.ips.pt/percursos/percursos.html>; [Consultado a 25 de novembro de 2012];
- ✓ Ordem dos Enfermeiros – *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/competenciasEnfCG.pdf>; [Consultado a 27 de dezembro de 2012]
- ✓ Ordem dos Enfermeiros – Os enfermeiros estrangeiros em Portugal. 1ª Edição. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008. ISBN: 978-972-99646-6-4. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Enfmigrantes\\_PT.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Enfmigrantes_PT.pdf). [Consultado a 06-01-2013]
- ✓ Ordem dos Enfermeiros - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. (2010). Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_c](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_c)

- competencias\_comuns\_enfermeiro.pdf; [Consultado a 16 de março de 2013] ;  
[Consultado a 20 de março de 2013]
- ✓ Ordem dos Enfermeiros - *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. (2010). Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf); [Consultado a 16 de março de 2013]
  - ✓ Ordem dos Enfermeiros - *Regulamento dos Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem*. (2001) in <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>; [Consultado a 16 de março de 2013]
  - ✓ Ordem dos Enfermeiros - *Regulamento dos Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem Especializados*. (2011) in <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>; [Consultado a 16 de março de 2013]
  - ✓ PEDROSO, M. – *Integração na vida activa dos profissionais de enfermagem: Contributos para o estudo da problemática*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa, 1996. in <http://run.unl.pt/handle/10362/291>; [Consultado a 17-01-2013]
  - ✓ PIRES, A. - *Educação e Formação ao Longo da Vida: Análise Crítica dos Sistemas e Dispositivos de Reconhecimento e Validação de Aprendizagens e de Competências*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Ciências e Tecnologia 2002 in [http://www.socialgest.pt/\\_dl/EFATESE\\_FORMACAO-AO-LONGO-DA-VIDA.pdf](http://www.socialgest.pt/_dl/EFATESE_FORMACAO-AO-LONGO-DA-VIDA.pdf); [Consultado a 13 de setembro de 2012]
  - ✓ Plano de ação de Cirurgia Geral. 2011. in *Intranet do CHX*;
  - ✓ PORRAS, J. - *Stream analysis: a powerful way to diagnose and manage organizational change*. Massachusetts: Addison-Wesley, 1987. ISBN: 0-201-05693-3;
  - ✓ POTRA, T. – *Proactividade na socialização organizacional – o comportamento de procura de informação do enfermeiro recém-licenciado*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 1997. Tese de Mestrado. Disponível em <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/822>; [Consultado a 26 de dezembro de 2012]

- ✓ RAMALHO, A. - *Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise: estrutura, funções e utilização na investigação em enfermagem*. Coimbra: Formasau, 2005. ISBN: 972-8485-54-9;
- ✓ SANTOS, M; - Texto de apoio sobre a análise SWOT e selecção de prioridades. in [http://home.uevora.pt/~mosantos/download/SWOT\\_Prioridades\\_25Mar09.pdf](http://home.uevora.pt/~mosantos/download/SWOT_Prioridades_25Mar09.pdf); [Consultado a 17-01-2013]
- ✓ SEKIOU, L; et al - *Gestão dos Recursos Humanos*. Lisboa: Instituto Piaget, 2009. ISBN: 978-989-659-007-9;
- ✓ SERRANO, M. – *Desenvolvimento de Competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008. Disponível em [http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/91/1/Tese%20PHD\\_T\\_Serrano.pdf](http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/91/1/Tese%20PHD_T_Serrano.pdf) ; [Consultado a 27 de dezembro de 2012]
- ✓ SIQUEIRA, I.; KURCGANT, P. – Estratégia de capacitação de enfermeiros recém-admitidos em unidades de internação geral. *Revista Escola Enfermagem da Univerdade de São Paulo*. Vol. 29, nº3 (2005). ISSN:0080-6234. Págs.251-257. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342005000300002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342005000300002&script=sci_abstract&tlng=pt); [Consultado a 27 de dezembro de 2012]
- ✓ TOMEY, A.; ALLIGOOD, M. - *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. 5ª Edição. Loures: Lusodidacta, 2004. ISBN: 978-972-8383-74-9;
- ✓ TRIGO, M. - *Tendências da Educação* in SILVA, I. et al - *Educação e Formação de Adultos - Factor de Desenvolvimento Invocação e Competitividade*. Lisboa: ANEFA, 2002 ISBN: 972-95759-5-9.



# Apêndices





## **Apêndice 1: O Artigo**



# INTEGRAR MELHOR PARA CUIDAR MELHOR: UM PROJETO QUE VISA CUIDAR DA PESSOA A VIVENCIAR A SUA SITUAÇÃO CRÍTICA

---

Tânia Mendes<sup>1</sup>, Alice Ruivo<sup>2</sup>

**RESUMO:** Num contexto de aprendizagem, e através da metodologia de projeto, foi identificado o problema da não sistematização do processo de integração numa Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos, sobre o qual se desenvolveu o Projeto de Intervenção no Serviço (PIS) com o tema, Integrar Melhor para Cuidar Melhor. Com o objetivo de Otimizar a integração dos novos elementos na Unidade de Cuidados, foi desenhado um projeto que foi posteriormente executado. Apresentamos por isso neste artigo o Diagnóstico de Situação; Planeamento; Execução; e Avaliação. Os principais resultados obtidos com este projeto foram a construção da norma de "Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros na UCIC do Serviço de Cirurgia Geral" e a sua divulgação. Com isto, conseguimos Otimizar a integração dos novos elementos. Por fim, apresentamos a Conclusão.

**Palavras-Chave:** Metodologia Projeto; Integração; Orientação; Competências; Cuidados Complexos.

**ABSTRACT:** In a learning context, and through the project methodology, the problem was the Not identified Systematization of the Process of Integration in a Surgical Intermediate Care Unit, where we developed the Intervention Project in Service (PIS). The theme was Integrating Best for Caring Best. Aiming to optimize the integration of new elements in the care unit, it was designed a project to be executed. Now we presente this article through over the Diagnostics of Situation, Planning and Implementation, and Assessment. The main results obtained with this project were the construction of the standard "Procedure of Integration of New Nurses in UCIC of the General Surgery Service" and its dissemination. With this, we could optimize the integration of new elements. Finally, we present the conclusion.

**Keywords:** Project Methodology; Integration; Orientation; Competences; Critical Care.

---

<sup>1</sup>Enfermeira no Hospital Y, mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica

<sup>2</sup>Professora Coordenadora na ESS/IPS, Professora Doutora

## INTRODUÇÃO

A prestação de cuidados em enfermagem insere-se num contexto onde a mudança, a inconstância e o inesperado estão constantemente presentes e são fatores que descredibilizam um saber estático, certo e permanente. É marcada por saberes provenientes de diversas áreas profissionais, com valores e experiências diferentes (Serrano, 2008). Tal como afirma Benner (2001:18), “*as práticas excelentes do cuidar, tanto as de diagnóstico, de monitorização, de intervenção terapêutica, são relacionais e contextualizadas*”, pelo que a excelência nos cuidados não se verifica igualmente, quando o contexto varia.

A prestação de cuidados em contexto complexo exige do enfermeiro uma preparação adequada às mais diversas situações visto que “*a aprendizagem afeta poderosamente a maneira pela qual a pessoa pensa, sente e age*” (Chiavenato, 2006:397). O conhecimento do local onde se exerce funções é determinante para a eficácia das medidas instituídas neste âmbito, motivo pelo qual a integração adequada assume uma importância vital. Ajudá-los a vivenciar esta transição pareceu-nos ser o caminho a seguir.

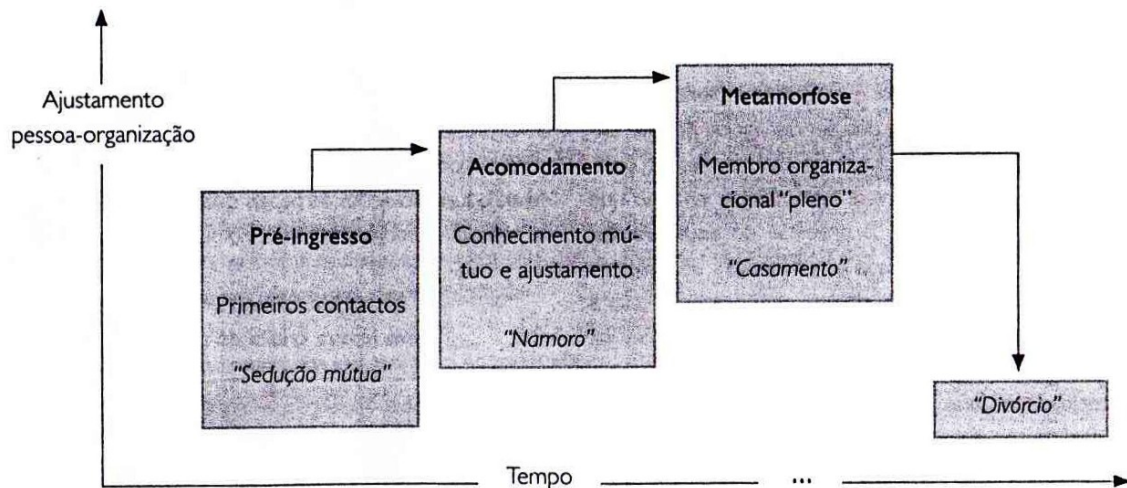
As vantagens da existência de um programa de integração são: reduzir a ansiedade, reduzir o índice de rotatividade, economizar tempo e desenvolver expectativas realistas (Chiavenato, 1999; Ivancevich, 2008). O programa serve então para transmitir mensagens claras sobre a cultura, emprego e as expectativas da empresa (Ivancevich, 2008).

Os principais objetivos são: Preparar as pessoas para executar imediatamente as tarefas do cargo; Proporcionar oportunidades para o contínuo desenvolvimento pessoal (para o cargo atual e funções mais complexas e elevadas), e, Mudar a atitude para criar um clima satisfatório, aumentando a sua motivação (Chiavenato, 2006).

Para Cunha (2007), é um processo contínuo constituído por três fases: pré-ingresso, acomodação e metamorfose. A primeira corresponde à fase anterior ao início de funções, até mesmo do processo de selecção, uma vez que a pessoa forma imagens e cria expectativas sobre a organização e como se adaptará a esta. Para além disso, na fase do recrutamento, a instituição fornece informação sobre a instituição. A segunda fase, a acomodação, inicia-se quando a pessoa assume novas funções. A pessoa aprende as

competências para exercer as suas funções, conhece a cultura organizacional e apreende o que esperam dele. A terceira fase, a metamorfose, inicia-se quando o profissional assume em pleno as suas funções. Pode ser sinalizada com um ritual formal (cerimónia, jantar, entre outros) ou informal (a equipa convida ou integra o novo elemento como um deles convidando para as suas atividades). Os estádios estão representados na Figura 1.

**Figura 1 - Estádios da Socialização**



**Fonte: Manual de Comportamento Organizacional e Gestão (Cunha, 2007)**

Cunha (2007) fala ainda em cinco características fundamentais: Longitudinalidade (envolve perspetiva temporal mais ou menos alargado; numa fase inicial, conhecem a cultura, depois são aceites pelos colegas e passam de aprendizes a membros completos com acesso aos circuitos informais); Aquisição de informação (envolve, num processo cognitivo, a aquisição de informação sobre a realidade institucional, nomeadamente sobre a tarefa, papel social, grupo e organização); Aprendizagem social (envolve a aculturação da pessoa, ou seja, processo que contribui para a homogeneidade cultural); Mudança pessoal (resultante das fases anteriores, os novos elementos sofrem mudança que é tanto maior quanto a organização tenha um processo de Reforço ou Eliminação); e, Complexidade dos resultados (para o individuo, experiência profissional, sentimento de pertença, satisfação e desenvolvimento pessoal; para a instituição, um profissional adaptado às suas funções e empenhado na melhoria).

A convicção de que profissionais melhores preparados são mais seguros e prestam melhores cuidados esteve sempre presente e foi com esse pressuposto que partimos para o Diagnóstico de Situação.

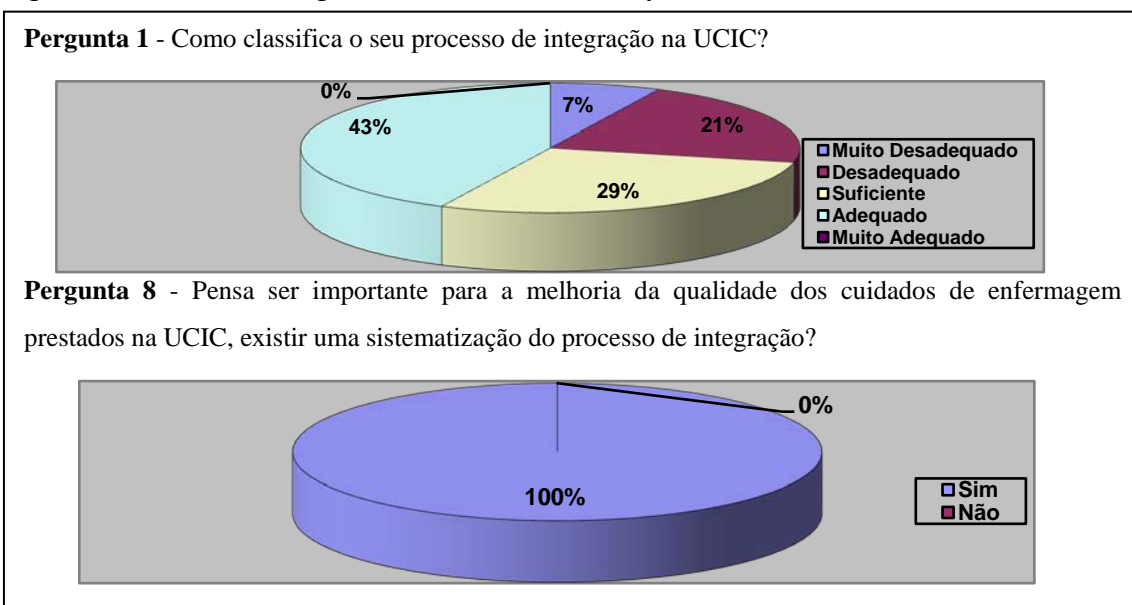
## DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de Situação corresponde à primeira etapa da metodologia de projeto e “visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende actuar e mudar” (Nunes *et al*, 2010:10). Com esse intuito, primeiramente foram identificadas as necessidades do serviço, através de uma entrevista não estruturada de carácter exploratório com a Enfermeira Chefe e a Enfermeira Orientadora, de onde se destacou a Integração de Enfermeiros na UCIC.

Para justificar a sua pertinência, foram aplicadas ferramentas de diagnóstico que permitem, por um lado, concretizar o problema e, por outro, justificar a sua pertinência. De acordo com o Nunes *et al* (2010:12), “um dos aspectos mais importantes consiste na avaliação da qualidade e pertinência do problema”. As ferramentas escolhidas foram a aplicação de questionário, a SWOT e Stream Analysis.

O questionário foi aplicado, após pedido formal de autorização à instituição e com o propósito foi envolver a equipa neste projeto e perceber a aceitação do mesmo, para permitir validar a temática. De referir que o questionário aplicado foi sujeito a pré-teste. O nosso questionário foi elaborado com nove questões com resposta fechada, tendo sido deixado um espaço em branco para sugestões e comentários. As respostas fechadas foram analisadas estatisticamente e para as respostas abertas, recorreu-se à análise de conteúdo de Bardin. Da sua análise, destacamos as primeira e oitava questões porque foram estas que validaram o tema, como se verifica na Figura 2.

**Figura 2 - Resultados da Pergunta 1 e 8 do Questionário Aplicado**



Com a SWOT, por sua vez, conseguimos organizar as principais vantagens e os principais obstáculos, sistematizando de uma forma clara e concisa os principais aspectos sobre o problema. Da sua análise, percebemos que os fatores positivos de ordem interna – Forças - são claramente superiores, o que demonstra o ambiente interno favorável para a implementação de um projeto nessa área.

Por último, a Stream Analysis é baseada na teoria dos sistemas, em que se assume as organizações como sistemas abertos, compostos por vários subsistemas, cada qual com variáveis similares e que interagem entre si, direta ou indiretamente. Permite uma visualização gráfica das interrelações existentes através dos mapas criados acerca dos problemas. Da sua análise, verificámos que a Organização de Formal e os Fatores Sociais foram as áreas que mais contribuíram para o nosso problema: "Déficit de Cuidados apropriados à pessoa que vivencie processos complexos de doença crítica e/ou falência multiorgânica na UCIC - Risco aumentado para a ocorrência de incidentes críticos". Verificámos ainda que poderíamos dar resposta a alguns dos problemas parcelares, tais como Ausência de Norma de procedimento sobre funcionamento/operacionalização dos equipamentos. Após a análise destas ferramentas, foi definido o problema, uma vez que *“nem todos os problemas são igualmente bons e válidos”* (Leite et al, 2001:147).

*“A integração de um profissional de saúde representa um passo fundamental na garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados ao cidadão, bem como na satisfação do próprio profissional”* (Ordem dos Enfermeiros, 2008:16). Na UCIC, os enfermeiros prestam cuidados a pessoas em situação crítica, maioritariamente do foro cirúrgico, pelo que têm necessidades específicas que não devem ser minimizadas. É um ambiente complexo para o qual contribui o elevado grau de incerteza existente das pessoas que necessitam dos cuidados. A preparação adequada dos enfermeiros que os prestam deve ser de excelência e adaptada à realidade do mesmo. Estando a referida unidade inserida no Serviço de Cirurgia Geral, os profissionais são integrados no internamento (enfermaria) numa fase inicial com um programa pré-estabelecido e monitorizado com a maior atenção. Este programa não contempla a UCIC, pelo que, *à posteriori* e após decisão da chefia, este enfermeiro é designado para prestar cuidados na unidade. A partir desse momento, o profissional é integrado pelos elementos da UCIC (normalmente o chefe de equipa) durante cerca de dois meses. Não existe

documentação que normalize o processo de integração na UCIC, pelo que diferentes profissionais seguem filosofias diferentes de integração. A existência de várias formas de integrar leva a que existam profissionais com integrações díspares, podendo ser “esquecidos” alguns dos apontamentos importantes. Na UCIC do CHX, pretende-se ter profissionais preparados e motivados para assegurar as suas funções, capazes de prestar cuidados à pessoa em situação crítica. É neste contexto que surge o problema central deste projeto: **não sistematização do processo de integração na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos do CHX**. Os seus problemas parcelares são: Necessidade pessoal de aprofundamento de conhecimentos acerca da temática Integração/Socialização; Necessidade de construção de um documento sistematizador da integração; Necessidade de construção de documentos sistematizadores de registo do processo de integração; Necessidade de divulgação do projeto por toda a equipa.

Os objetivos deste projeto surgiram a partir do diagnóstico de situação apresentado anteriormente e pretendem dar resposta ao problema identificado. De acordo com Mão de Ferro (1999), os objetivos gerais são enunciados de intenção que definem os resultados esperados e os objetivos específicos visam uma maior objetividade, sendo estes quantificáveis e na forma de comportamentos observáveis. Assim, o Objetivo Geral é Otimizar a integração dos novos elementos na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos, e os Objetivos Específicos são:

- ✓ Elaborar revisão bibliográfica em bases de dados científicas credíveis sobre a temática “Integração”;
- ✓ Elaborar documento sistematizador do processo de integração na UCIC, sob a forma de Procedimento sectorial do Serviço de Cirurgia Geral do CHX;
- ✓ Elaborar instrumentos de registo do processo de integração;
- ✓ Divulgar o projeto na equipa, dinamizando a sua implementação;
- ✓ Testar a implementação do programa de integração na UCIC.

Para concretizar estes objetivos, foi delineado um projeto exequível que apresentamos de seguida.



## PLANEAMENTO E EXECUÇÃO

O “*processo de planificação, funciona como um processo de transformação de representações (...) é um lugar de meditação e de tratamento explícito de realidades*” (Barbier, 1996:140).

Nesta fase, é clarificado o que vai fazer e como. Para tal, foram delineadas etapas que corresponderam a cada uma das atividades, nomeadamente Revisão Bibliográfica, Elaboração do Documento Sistematizador do Processo de integração na UCIC, Elaboração dos Respetivos instrumentos de registo do processo de integração, Divulgação do projeto na equipa e Teste da implementação do programa de integração na UCIC. Para cada uma destas atividades, foram definidos indicadores de avaliação e estratégias.

A Execução é a etapa em que se “*materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado*” (Nunes *et al*, 2010:23).

Nesta fase surgiu a elaboração do Procedimento de Integração de Novos Profissionais na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos do Serviço de Cirurgia Geral do CHX (Figura 3). Para a construção deste documento contribuíram a Revisão Bibliográfica, os Resultados dos questionários aplicados ainda na fase de diagnóstico e Contributos da equipa de enfermagem, enfermeira-chefe, enfermeira orientadora bem como docente orientadora. Este documento, inicialmente designado de Protótipo I, passou a Protótipo II e Documento Final. Os instrumentos de registos passaram o mesmo processo.

De uma forma resumida, o procedimento prevê o programa de integração prepare o novo enfermeiro para o desempenho do seu posto de trabalho e respetivas responsabilidades, explicando a estrutura da UCIC, da equipa, o relacionamento laboral com os outros elementos e respetivas funções específicas, funcionando como um complemento ao Programa de Integração Geral do Hospital e do Serviço.

**Figura 3 - Procedimento**

LOGO	Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos do Serviço de Cirurgia Geral	ANO DE ELABORAÇÃO	REVISÃO
		2016	2017

**1. Objetivo**

Garantir a existência de um documento, no qual se encontra identificado quais os procedimentos a seguir durante a integração de enfermeiros na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos possibilitando assim uma prática e eficaz integração.

**2. Campo de aplicação**

Este procedimento destina-se a todos os novos enfermeiros da Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos do Serviço de Cirurgia Geral.

**3. Siglas, abreviaturas e definições**

BO - Bloco Operatório  
CHX - Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.  
HIS - Hospital São Sebastião  
SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem  
SAV - Sistema Avançado de Vida  
SIV - Sistema de Suporte de Vida  
SIV - Suporte imediato de Vida  
SUG - Serviço de Urgência Geral  
UCI - Unidade de Cuidados Intermédios  
UCC - Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos

**4. Referências**

CHX. Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde. Normas para a Acreditação (7ª Edição, Versão 01, 2010). Critérios 34.10, 34.19, 34.20, 34.21, 34.22.  
Manual de Políticas e Procedimentos do CHX. Disponível na intranet.

Fig. 1 de 4

O Programa de integração começa com a decisão por parte do Enfermeiro Chefe, de integrar na UCIC o novo elemento, devendo esta ser fundamentada no desempenho do enfermeiro no serviço de internamento, na apreciação do Chefe de equipa e na sua formação em SBV e/ou SIV/SAV.

O Integrador deve, preferencialmente, ser o Chefe da equipa a que pertence o enfermeiro a integrar. Sempre que se considere benéfico e/ou necessário, o Enfermeiro Chefe pode nomear outro elemento para ser o Integrador.

O processo inicia-se com o preenchimento da Folha de Registo de Integração de Novos Funcionários no Serviço (Figura 4) e o Tempo de Integração previsto é de 6 a 10 semanas, sendo que prolongar-se-á caso o integrando e/ou integrador manifestem essa necessidade.

LOGO

PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS FUNCIONÁRIOS

Serviço: \_\_\_\_\_

Período de Integração: de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DADOS DO FUNCIONÁRIO**

Nome: \_\_\_\_\_

Categoria: \_\_\_\_\_

N.º de identificação: \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEL PELA INTEGRAÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Integração efetuada pelo responsável:

Sim ☐ Não ☐

Nome do elemento designado: \_\_\_\_\_

Categoria: \_\_\_\_\_

O Programa de Integração foi cumprido conforme o Procedimento de Integração de Novos Funcionários do Serviço:

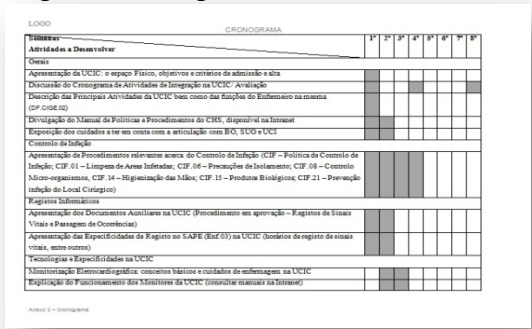
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do funcionário: \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_

ANEXO 1 - Procedimento de Integração de Novos Funcionários no Serviço

Figura 5 - Cronograma



Para tal ficou delineado um Cronograma de Atividades de Integração 8 semanas, por ser o tempo intermédio do tempo previsto e pretende ser apenas indicativo (Figura 5).

O programa divide-se em três fases cuja responsabilidade aumentam progressivamente. Entre cada fase, está previsto realizar avaliação da integração, preenchido individualmente (por Integrador e Integrando) o Documento criado para o efeito (Figura 6). Neste, o integrando é classificado em "A melhorar" e "Apto" nas temáticas a abordar, existindo um espaço em aberto para clarificar aspetos de âmbito geral. A integração ficará concluída quando Integrador e Integrando entenderem que o elemento está Apto nas atividades previstas no Cronograma.

Figura 6 - Avaliação

LOGO

Documento de Avaliação

Atividades a Desenvolver	Avaliação A melhorar	Apto
<b>Atividades a Desenvolver</b>		
Objetivos		
Condição a UCIC: o espaço físico, objetivos e critérios de admissão e alta		
Condição as Principais Atividades da UCIC bem como as suas funções		
Condição o Manual de Políticas e Procedimentos do CHS, disponível na Internet, principalmente nos Normas e Procedimentos Referidos		
Condição procedimentos de articulação com BO, SIV e UCI		
<b>Controlo de Idade</b>		
Condição procedimentos relevantes acerca do Controlo de Idade		
<b>Tecnologias e Especificidades na UCIC</b>		
Condição a Monitorização Electrocardiográfica e Funcionamento dos Monitores da UCIC		
Condição os Principais de Ventilação Mecânica e Funcionamento do Ventilador		
Condição Verificação manual de Curo de Vigência, Vias de Transporte e Ventilação		
Condição Procedimento de Transporte de Doentes Críticos		
<b>Cuidados a Pessoas em Situação Crítica</b>		
Informação relativa aos Cuidados Gerais ao Doente, tendo em conta os riscos possíveis de instabilidade		
Informação relativa à Insustentação dos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica: Vias		
<b>Situação de Emergência</b>		
Condição Normas e Procedimentos para Situações de Emergência		
Condição Procedimento relativo à Equipe de Emergência Médica Inter-hospitalar		
<b>Registos Informáticos</b>		
Condição Documentos Auxiliares na UCIC (Registos de Sinais Vitais e Passagem de Ocorrências)		
Condição as Especificidades de Registo no SIAPE na UCIC		
<b>Gestão de Risco</b>		
Condição o Procedimento sobre Atuação em Situação de Catástrofe Interna, Evacuação de Doentes e Seguros contra Incêndios		
Apresentação do Procedimento relativo ao Fisco Clínico como Relato de Incidentes, Prevenção de Quedas e Administração de Hemoderivados em Segurança		

ANEXO 3 - Documento de Avaliação

Nesta fase de Planeamento e Execução, importa ainda referir que, por motivos que nos foram alheios foi impossível executar a última etapa cumprir o último objetivo, em tempo útil, de Testar a sua implementação.

É ainda de referir que o respeito pelos princípios éticos estiveram presentes desde o início até ao final deste trabalho. A exemplo disso, é de referir que em primeira instância, a ESS, aquando do pedido para a realização do estágio, solicitou autorização para a realização de um projeto neste âmbito, o que nos permitiu realizar o diagnóstico de situação. Para a aplicação do questionário, fez-se o pedido formal à Diretora de Enfermagem, e existiu a preocupação de solicitar o devido consentimento livre e esclarecido às pessoas que responderam ao questionário. A codificação da instituição e as pessoas que participam neste projeto está patente em todo o artigo. Na construção do questionário, existiu ainda a preocupação de minimizar as perguntas ao mínimo essencial para a construção deste projeto, de forma a garantir o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes (com redução dos mesmos e a otimização das vantagens).

## **AVALIAÇÃO**

A avaliação deve ser feita ao longo do percurso desenvolvido de forma a contribuir para a elaboração da Avaliação Final globalizante (Leite *et al*, 2001).

Assim, consideramos que este projeto teve sucesso, porque cumprimos o seu objetivo principal, ou seja, Otimizámos a integração dos novos elementos na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos através da Elaboração de uma revisão bibliográfica em bases de dados científicas credíveis sobre a temática “Integração”, que permitiu Elaborar documento sistematizador do processo de integração na UCIC, sob a forma de Procedimento sectorial do Serviço de Cirurgia Geral do CHX e respetivos instrumentos de registo do processo de integração. A sua divulgação na equipa atingiu os 87,5%. Embora não tenha sido possível ainda testar a sua implementação, não ficou esquecida e será realizado futuramente.

## **CONCLUSÃO**

*“Num contexto de complexidade e de imprevisibilidade característico das interações nos cuidados de enfermagem, os indivíduos mobilizam capacidades na acção para fazer*

*face à complexidade das situações de trabalho, ou seja, agem com competência.”* (Serrano, 2008:77). Para tal, os profissionais precisam de estar capacitados e ser competentes no local onde praticam os cuidados de Enfermagem, pelo que a integração assume um papel determinante. Com este projeto, esperamos ter contribuído para o desenvolvimento de um programa de integração consistente e que perdure através das suas atualizações imperativas.

Refletindo acerca do nosso contributo enquanto enfermeiras especialistas e tendo por base os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, apraz-nos afirmar que este projeto centrou-se na procura dos mais elevados níveis de satisfação da pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência multi-orgânica; prevenindo complicações para a mesma; e maximizando o seu bem-estar, indo de encontro à Satisfação do Cliente, à Prevenção de Complicações e ao Bem-estar e Autocuidado. Consideramos ter ainda contribuído para a Organização dos Cuidados Especializados; uma vez que assegurámos a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem prestados na UCIC; bem como na Prevenção e Controlo de Infecção associada aos Cuidados, uma vez que, com uma integração adequada, todos os enfermeiros terão conhecimento dos procedimentos institucionais.

Finalizando, acreditamos que este projeto permite Cuidar Melhor porque integramos Melhor.

## BIBLIOGRAFIA

- BARBIER, J. - *Elaboração de Projetos de Acção e Planificação*. Porto: Porto Editora, 1996. ISBN: 972-0-34106-8;
- BARDIN, L., - *Análise de Conteúdo*. 5ª Edição. Lisboa : Edições 70, 2011. ISBN: 978-972-44-1506-2
- BENNER, P. - *De Iniciado a Perito*. Lisboa: Editora Quarteto, 2001. ISBN: 972-8535-97-X;
- CHIAVENATO, I - *Recursos Humanos O capital Humano das Organizações*. 8ª Edição. São Paulo: Editora Atlas, 2006. ISBN: 85-224-3873-0
- CHIAVENATO, I. - *Gestão de Pessoas: o novo papel dos Recursos Humanos nas organizações*. 6ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1999. ISBN:85-352-0427-X;
- CUNHA, M. et al - *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. 6ª Edição. Lisboa: 2007, Editora RH. ISBN: 978-972-8871-16-1;
- IVANCEVICH, J. - *Gestão de recursos humanos*. 10ª edição. São Paulo: McGraw Hill, 2008. ISBN: 978-85-86804-80-9;
- LEITE, E.; et al - *Trabalho de Projecto: Aprender Por Projectos Centrados em Problemas*. 4ª Edição. Porto: Edições Afrontamento, 2001. ISBN: 972-36-0216-4;
- LEITE, E.; et al - *Trabalho de Projecto: Leituras Comentadas*. 3ª Edição. Porto: Edições Afrontamento, 1993. ISBN: 972-36-0238-5;
- MÃO DE FERRO, A.; - *Na Rota de Pedagogia*. Lisboa: Edições Colibri, 1999. ISBN: 972-772-069-2;
- NUNES, L. - *Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica em enfermagem de Nunes*. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal da Escola Superior de Saúde, 2013. Disponível em <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>; [Consultado a 1 de agosto de 2013];
- NUNES, L; et al – *Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos*. Nº 15 (2010). ISSN:1646-5067. Disponível em <http://web.ess.ips.pt/percursos/percursos.html>; [Consultado a 25 de novembro de 2012];
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Os enfermeiros estrangeiros em Portugal*. 1ª Edição. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008. ISBN: 978-972-99646-6-4. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Enfmigrantes\\_PT.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Enfmigrantes_PT.pdf). [Consultado a 06-01-2013]
- PORRAS, J. - *Stream analysis: a powerful way to diagnose and manage organizational change*. Massachusetts: Addison-Wesley, 1987. ISBN: 0-201-05693-3.
- POTRA, T. – *Proactividade na socialização organizacional – o comportamento de procura de informação do enfermeiro recém-licenciado*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 1997. Tese de Mestrado. Disponível em <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/822>; [Consultado a 26 de dezembro de 2012];
- SANTOS, M; - *Texto de apoio sobre a análise SWOT e selecção de prioridades*. in [http://home.uevora.pt/~mosantos/download/SWOT\\_Prioridades\\_25Mar09.pdf](http://home.uevora.pt/~mosantos/download/SWOT_Prioridades_25Mar09.pdf). [Consultado a 17-01-2013]
- SERRANO, M. – *Desenvolvimento de Competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008. Disponível em [http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/91/1/Tese%20PHD\\_T\\_Serrano.pdf](http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/91/1/Tese%20PHD_T_Serrano.pdf). [Consultado a 27 de dezembro de 2012].

## **Apêndice 2: Diagnóstico de Situação**



**2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica**  
**Ano Letivo 2012/2013**  
**Definição do Problema**

<b>Estudante:</b> Tânia Albertina dos Santos Mendes
<b>Instituição:</b> Centro Hospitalar de – Hospital
<b>Serviço:</b> Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos (UCIC) – Serviço de Cirurgia Geral
<b>Título do Projeto:</b> Integração de Novos Elementos – Integrar Melhor para Cuidar Melhor
<p><b>Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha</b> (250 palavras):</p> <p>A integração de novos elementos tem uma importância extrema, uma vez que é através desta que os profissionais se sentem seguros e preparados. Estar num local que se desconhece é, <i>per si</i>, um fator gerador de stress e que pode colocar em causa a excelência dos cuidados. Assim, num local tão específico como a UCIC, onde se prestam cuidados complexos a pessoas em situação crítica é inegável a importância de uma integração especializada, organizada e fundamentada.</p> <p>Na avaliação das necessidades de serviço, foi identificado que a integração destes elementos na UCIC é realizada sem um programa específico para o efeito. De facto, no Serviço de Cirurgia Geral existe um Programa de integração para novos elementos, que não contempla a UCIC, uma vez numa fase inicial, os enfermeiros não vão para a UCIC.</p> <p>Desta forma, foram aplicadas algumas ferramentas de gestão no sentido de perceber e validar a pertinência do tema e referida problemática. Numa fase inicial, foi realizada uma entrevista aberta de carácter exploratório (05 de dezembro) com a Enfermeira-Chefe e com a Enfermeira Orientadora, onde ficou reforçada a sua importância. De seguida, e com objetivo de envolver a equipa neste projeto, durante alguns dias (07/12/12 T; 10/12/12 N e T; 12/12/12 N; 13/12/12 M; 14/12/12 M), os profissionais foram abordados acerca importância dessa temática e incentivados a dar a sua opinião, que foi favorável. Para a validação definitiva, foram aplicadas as ferramentas de diagnóstico SWOT e Stream Analysis. Ainda para conhecer as sugestões da equipa acerca da temática será aplicado um questionário, que aguarda autorização da instituição.</p>
<b>Diagnóstico de situação</b>
<p><b>Definição geral do problema</b></p> <p><i>"A integração de um profissional de saúde representa um passo fundamental na garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados ao cidadão, bem como na satisfação do próprio profissional."</i> (Ordem dos Enfermeiros, 2008:16). É partindo deste pressuposto que surge o problema central deste projeto. Na UCIC, os enfermeiros prestam cuidados a pessoas em situação crítica, maioritariamente do foro cirúrgico, pelo que têm necessidades específicas que não devem ser minimizadas. É um ambiente complexo para o qual contribui o elevado grau de incerteza existente das pessoas que necessitam dos cuidados. A preparação adequada dos enfermeiros que os prestam deve ser de excelência e adaptada à realidade do mesmo. Estando a referida unidade inserida no Serviço de Cirurgia Geral, os profissionais são integrados no internamento (enfermaria) numa fase inicial com um programa pré-estabelecido e monitorizado com a maior atenção. Este programa não contempla a UCIC, pelo que, <i>à posteriori</i> e após decisão da chefia, este enfermeiro é designado para prestar cuidados na unidade. A partir desse momento, o profissional é integrado pelos elementos da UCIC (normalmente o chefe de equipa) durante cerca de dois meses. Não existe documentação de suporte para esta integração, pelo que diferentes profissionais seguem filosofias diferentes de integração. A existência de várias formas de integrar leva a que existam profissionais com integrações díspares, podendo ser "esquecidos" alguns dos apontamentos importantes. De referir ainda que no atual quadro socioeconómico, a maioria dos profissionais contratados são recém-licenciados, pelo que são profissionais inexperientes.</p> <p>Desta forma, o problema definido é a <b>não sistematização do processo de integração na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos do Centro Hospitalar X.</b></p>
<p><b>Análise do problema</b> (contextualização, análise com recurso a indicadores, descrição das ferramentas diagnósticas que vai usar, ou resultados se já as usou – 500 palavras)</p> <p><i>"A organização deverá (...) ter a preocupação de acolher os profissionais que iniciam as suas funções de uma forma que os motive para o novo trabalho que os espera, investindo um determinado tempo na aprendizagem adequada à aquisição da segurança necessária ao seu desempenho, sem supervisão directa."</i> (Pedroso, 1996:118). Profissionais motivados são elementos essenciais para a qualidade dos cuidados. Na UCIC do CHX, pretende-se ter profissionais preparados e motivados para assegurar as suas funções, que sejam capazes de prestar cuidados à pessoa em situação crítica. É neste contexto que surge o problema central deste projeto, já definido previamente.</p> <p>Definido o problema, importa perceber como este foi identificado e validado. O primeiro passo para a sua identificação foi uma entrevista não estruturada de carácter exploratório com a Enfermeira Chefe e a Enfermeira Orientadora, de onde emergiram três temáticas emergentes e pertinentes na UCIC: Cuidados Perioperatórios, Regulamento interno e Integração. A seleção da temática sobre a qual devia incidir este projeto ocorreu nessa mesma reunião, sendo que a primeira excluiu-se por se ter revelado inaplicável neste momento ao serviço e a segunda pelas implicações subjacentes à mesma. Posto isto, a</p>

## 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica Ano Letivo 2012/2013

fase seguinte correspondeu à validação da temática com a equipa de enfermagem da UCIC. Esta validação decorreu durante alguns turnos (Tarde de 07/12/12; Noite e Tarde de 10/12/12; Noite de 12/12/12; Manhã de 13/12/12 e Manhã de 14/12/12) através de exposição oral da temática e onde os colegas foram incentivados a manifestar a sua opinião acerca da sua utilidade. Dos 16 enfermeiros que estão na UCIC, apenas foi possível questionar 14 (87,5%) e todas manifestaram a sua concordância com a implementação de um projeto nessa área. De referir ainda que os quatro elementos do Serviço de Cirurgia a integrar na UCIC, consideraram pertinente um trabalho nesta área.

Para uma validação mais concreta, foram aplicadas duas ferramentas diagnósticas de gestão - SWOT e Stream Analysis – que reforçaram a pertinência e relevância deste problema para este contexto. A SWOT (*vide Apêndice I*) corresponde ao “exercício que consiste numa disposição por quadrante, das debilidades, e ameaças (factores negativos), e das forças e oportunidades (factores positivos), que são percebidas por um conjunto de atores no que respeita à dinâmica de um sistema.” (Santos, 2009:4). Da análise desta ferramenta, foi possível perceber que os factores positivos de ordem interna – Forças – são claramente superiores, o que demonstra o ambiente interno favorável para a implementação de um projeto nessa área. Relativamente à Stream Analysis (*vide Apêndice II*), é uma ferramenta utilizada para estudar o interrelacionamento entre as várias componentes das organizações uma vez que assenta na ideia de que o desempenho organizacional está dependente do mesmo (Porrás, 1987). Desta forma, aplicada esta ferramenta, foi-nos possível perceber o problema como um todo, compreendendo as suas componentes e como se relacionam. Por fim, a aplicação de questionário à equipa (*vide Apêndice III*) poderá reforçar a importância tema e contribuir para a sua construção.

### **Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral (150 palavras)**

Analisando o problema, é possível identificar os problemas parcelares, que são os seguintes:

- Necessidade pessoal de aprofundamento de conhecimentos acerca da temática *Integração/Socialização*
- Necessidade de construção de um documento sistematizador da integração
- Necessidade de construção de documentos sistematizadores de registo do processo de integração
- Necessidade de divulgação do projeto por toda a equipa

### **Determinação de prioridades**

Dos problemas parcelares identificados anteriormente, considero que a primeira prioridade será a necessidade pessoal de aprofundamento de conhecimentos, pois será com base neste que poderei construir um projeto sólido. De seguida, a construção de um documento sistematizador será o passo a seguir bem como os documentos de registos relativos a este processo. Por fim, a divulgação do projeto pois só assim será possível implementá-lo.

**Objetivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema.** Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo):

### **OBJETIVO GERAL**

Otimizar a integração dos novos elementos na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Elaborar revisão bibliográfica em bases de dados científicas credíveis sobre a temática “*Integração*”

Elaborar documento sistematizador do processo de integração na UCIC, sob a forma de Procedimento sectorial do Serviço de Cirurgia Geral do CHX

Elaborar instrumentos de registo do processo de integração

Divulgar o projeto na equipa, dinamizando a sua implementação

Testar a implementação do programa de integração na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos

### **Referências Bibliográficas (Norma Portuguesa)**

- PEDROSO, M. – *Integração na vida activa dos profissionais de enfermagem: Contributos para o estudo da problemática*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa, 1996. in <http://run.unl.pt/handle/10362/291>. [Consultado a 17-01-2013].

- PORRAS, J. - *Stream analysis: a powerful way to diagnose and manage organizational change*. Massachusetts: Addison-Wesley, 1987. ISBN: 0-201-05693-3.

- SANTOS, M; - Texto de apoio sobre a análise SWOT e selecção de prioridades. in [http://home.uevora.pt/~mosantos/download/SWOT\\_Prioridades\\_25Mar09.pdf](http://home.uevora.pt/~mosantos/download/SWOT_Prioridades_25Mar09.pdf). [Consultado a 17-01-2013]

- SILVA, A.; FERNANDES, R. – *Os enfermeiros estrangeiros em Portugal*. 1ª Edição. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008. ISBN:978-972-99646-6-4. Disponível em

[http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Enfmigrantes\\_PT.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Enfmigrantes_PT.pdf). [Consultado a 06-01-2013]

Data: 05/02/2012

Assinatura: Tânia Mendes



## **Apêndice 3: Descrição do Serviço**



## **Caracterização do Serviço**

Neste documento, é apresentada a descrição do serviço onde se desenvolveu o presente projeto de intervenção do serviço, bem como os estágios. A descrição contempla três partes: o Centro Hospitalar de X, E. P. E. – Hospital Y; o Serviço de Cirurgia Geral; e, mais especificamente, a Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos (UCIC).

### **O Centro Hospitalar X, E. P. E. – Hospital Y**

Situado no centro da cidade, o Centro Hospitalar X, E. P. E. existe desde 31 de dezembro de 2005 e resulta da fusão de dois Hospitais: um essencialmente direcionado para os cuidados em ortopedia e o outro para os cuidados gerais.

A área de influência deste centro hospitalar abrange distrito onde se insere quase na totalidade, sendo que em determinadas especialidades, inclui ainda outros concelhos.

O Centro Hospitalar assume como missão “*a promoção da saúde a todos cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes, e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa.*” (Site no Centro Hospitalar X)

Focando no Hospital Y, os profissionais desta instituição prestam cuidados especializados nas diferentes áreas que o compõem. Esta instituição é constituída por serviços como Urgência Geral, Unidade de Cuidados Intensivos, Serviços de Internamento de Medicina Interna (com Unidade de Cuidados Intermédios Médicos), Especialidades Médicas (Oncológica, Nefrologia e Unidade de AVC), Infeciologia, Pneumologia, Cirurgia Geral (com Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos), Especialidades Cirúrgicas (Urologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Plástica e Maxilo-facial), Psiquiatria, Gastrenterologia, Ginecologia e Obstetrícia, Bloco de Partos, Pediatria, Cardiologia, Bloco Operatório, Unidade de Cirurgia de Ambulatório, Unidade de Cuidados Pós Anestésicos, Consultas Externas e Serviço de Hemodiálise. O edifício é constituído por 7 pisos em duas estruturas fisicamente unidas.

## O Serviço de Cirurgia Geral

Situado no 4º andar da estrutura mais recente, o Serviço de Cirurgia Geral assume como missão “*disponibilizar e realizar cuidados de saúde de qualidade na área de especialidade de Cirurgia Geral a todos os doentes da área de influência do Centro Hospitalar [Y]*” (Plano de Ação do Serviço de Cirurgia Geral, 2011:2). Na sua missão, assume-se (Plano de Ação do Serviço de Cirurgia Geral, 2011:2):

1. *O aumento da atividade programada face à atividade cirúrgica urgente nas situações em que as mesmas sejam passíveis de programação;*
2. *Atingir um tempo de espera cirúrgico dentro dos standards de referência nacional e resolução das situações de cariz oncológico tendo por bases os critérios de resposta em tempo clinicamente aceitável;*
3. *Direcionar a sua atividade para o regime de cirurgia de ambulatório;*
4. *Garantir o tratamento de doentes de acordo com as normas internacionalmente aceites/preconizadas;*
5. *Promover a especialização em técnicas cirúrgicas recentes e inovadoras”.*

Este serviço divide-se fisicamente em duas alas: I e II. A primeira recebe preferencialmente pessoas do sexo masculino, pelo que é frequentemente designado de Serviço de Cirurgia Geral Homens. A Ala II, por sua vez, recebe pessoas do sexo feminino, sendo designado de Serviço de Cirurgia Geral Mulheres. Cada ala 26 unidades de internamento em enfermaria e 4 unidades de internamento em cuidados intermédios, que se agrupam na denominada UCIC (informações mais detalhadas no final desta descrição).

### *Recursos Humanos*

Os recursos humanos deste serviço são constituídos por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e assistentes técnicos. A chefia é composta por uma Enfermeira-Chefe e uma Diretora de Serviço.

O quadro clínico é constituído por 28 médicos que prestam cuidados em ambas as alas e que se distribuem por grupos de trabalho, constituindo as Unidades Funcionais com os seguintes objetivos: Cirurgia do Andar Supra-Mesocólico; Infra-Mesocólico; Senologia; Endocrinologia; Laparoscopia Avançada e Cirurgia Bariátrica e Metabólica.

A equipa de enfermagem é constituída por 49 enfermeiros organizados em doze equipas. Em cada ala, existem seis equipas sendo que uma tem horário fixo e cinco de *rollement*. A equipa de assistentes é composta por 26 Assistentes Operacionais (divididas nas duas alas) e 3 Assistentes Técnicas.

É ainda de referir que este serviço encontra-se a concluir uma fase de mudança interna, em que a equipa de enfermagem bem como de assistentes operacionais de ambas as alas unificaram-se e agora prestam cuidados em ambas as alas. O objetivo desta unificação foi a melhor otimização dos recursos existentes e a melhoria da qualidade dos cuidados.

Os enfermeiros deste serviço exercem funções segundo o método individual de trabalho. Em todos os turnos, o enfermeiro fica responsável por um determinado número de pessoas (variável de acordo com o turno), a quem deve prestar todos os cuidados de enfermagem necessários.

A integração dos recursos humanos é da responsabilidade de cada classe profissional e está normalizada num único Procedimento.

### *Descrição Física*

O Serviço de Cirurgia Geral, tal como já foi referido anteriormente, encontra-se dividido em duas alas. Por ter sido na ala I o local onde decorreu o estágio, apenas será descrita fisicamente esta ala. De referir apenas que na ala II estão presentes as mesmas infraestruturas.

A ala I está organizada então através de um corredor amplo em que do lado esquerdo estão as enfermarias e do lado direito as infraestruturas que lhes dão suporte.

Existem três tipos de enfermarias: enfermaria individual, enfermaria dupla e enfermaria quadrupla, ou seja, existem 3 unidades de 4 camas; 6 unidades de cama única e 4 unidades com 2 camas. É pretendido que as unidades duplas se extingam uma vez que são unidades individuais adaptadas e que não permitem o mesmo conforto e qualidade

que as restantes. No total, perfazem as 26 unidades de internamento de enfermaria. Em cada unidade de internamento, existe rampa de oxigénio, rampa de vácuo, luz individual, cama e mesa de cabeceira. Em cada enfermaria, existe um WC e duche.

No lado direito, estão, tal como já foi referido as unidades de suporte que são: rouparia, área técnica (onde estão os 5 gabinetes de trabalho médico, o gabinete da direção clínica, 1 biblioteca/sala de reuniões, 2 casa-de-banho com duche, 2 vestiários e 1 área administrativa), sala de sujos, sala de limpos, sala de registos de enfermagem, sala de terapêutica, sala de tratamentos, gabinete da enfermeira-chefe, vestiário, copa, sala de reuniões e sala de stock (Ekamban®).

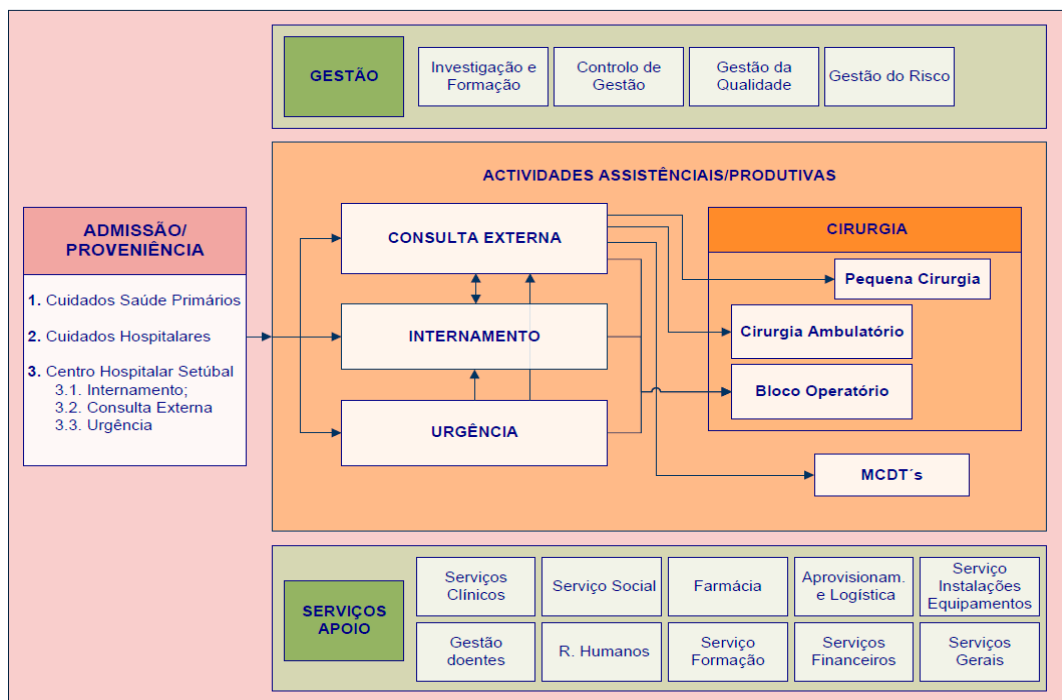
Existe ainda um hall de acesso às duas alas do SCG com uma sala de espera para os utentes e seus acompanhantes, um balcão administrativo com funcionamento das 9-17h, ininterruptamente e uma sala interior para arquivo e impressos.

Em relação às tecnologias disponíveis, o serviço dispõe de 9 Bombas infusoras, 10 Seringas infusoras, 4 Bombas alimentação entérica, 5 Monitores avaliação de Tensão Arterial (2 com capacidade de avaliação de Saturação de Oxigénio), 3 Monitores CardioRespiratórios portáteis, 8 Monitores CardioRespiratórios de bancada, 2 Monitor desfibrilhador, 2 Carros de urgência, 4 Carros de Medicação, 2 Lavadouros de arrastadeiras, 1 Elevador de pessoas e 2 Frigoríficos para medicamentos.

De referir ainda que o Carro de urgência encontra-se localizado numa posição central ao serviço.

### *Entrada no Serviço*

As três principais formas de entrada no serviço são através da consulta externa, do bloco operatório e do serviço de urgência, sendo que nos últimos dois são situações inesperadas para as quais as pessoas não estão preparadas. Relativamente à primeira, a pessoa dirige-se ao secretariado do serviço, onde é efetuado o internamento (cirurgia eletiva). Após a entrada oficial, a pessoa aguarda numa sala de espera (comum às duas alas) pela chamada do médico. Após a consulta médica, o enfermeiro vai ter com pessoa e encaminha-a para a enfermaria explicando os procedimentos básicos. A Figura 1 resume as atividades assistenciais e não assistenciais do serviço.



**Figura 1 -Fluxograma de atividades assistenciais e não assistenciais do serviço**

### *A Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos*

Numa posição central dos Serviços de Cirurgia Geral, fica localizada a UCIC, que recebe as pessoas em situação crítica do Departamento Cirúrgico. Esta unidade de Cuidados intermédios (nível 1) é composta por 4 unidades de internamento, cada uma composta com rampa de gases, monitor cardiorespiratório, 1 seringa infusora e 1 bomba infusora. A tecnologia disponível no Serviço de Cirurgia Geral também serve a UCIC.

A UCIC tem 1 ventilador, da marca Dragger, modelo Oxilog2000, de carácter transitório e que serve para principalmente para estabilizar as pessoas antes de serem transferidas, manter enquanto aguardam transferência (quando necessário) e transporte intra-hospitalar e interhospitalar. Para esse efeito, existe ainda uma mala de transporte. Este ventilador serve as duas alas. O carro de urgência localiza-se, embora se localize fora da UCIC, está em frente à porta. O monitor desfibrilhador que está no carro de urgência, é monofásico e é do modelo Reanimex 2.

Os monitores monitor cardiorespiratórios que se encontram na UCIC são Philips IntelliVie e Edam M9. Ambos os modelos permitem monitorização de traçado cardíaco, frequência cardíaca, deteção de arritmias, frequência respiratória, saturação, tensão arterial não invasiva, entre outros. Embora tenham capacidade de avaliação de PVC e temperatura, não é utilizado.

Diariamente é realizado o teste do desfibrilhador e mensalmente é verificado o carro e mala de urgência bem como testado o ventilador.

Os principais critérios de admissão nesta unidade são a Instabilidade Hemodinâmica das pessoas de foro cirúrgico; e, pessoas submetidas a cirurgia com pós-operatório de risco. É ainda de referir que o enfermeiro tem autonomia para colocar a pessoa, caso considere que está instável e a necessitar de uma melhor vigilância. Os recursos humanos, à imagem dos recursos materiais, são comuns ao restante serviço de cirurgia geral. Na UCIC, fica sempre um enfermeiro responsável pelas quatro unidades (em todos os turnos). No caso das Assistentes Operacionais, está 1 distribuída para a UCIC nos turnos de Manhã e Tarde. Na Noite, a Assistente Operacional está disponível para todo o serviço de Cirurgia Geral. A equipa dos médicos é a mesma do restante serviço, sendo que são responsáveis pelo serviço e não pela unidade, ou seja, quando alguma pessoa da sua equipa está internada na UCIC, o médico desloca-se à UCIC. Em horário útil (8h-16h), deve sempre existir um elemento de cada Unidade Funcional presente no serviço. Das 16h-20h, caso ocorra alguma intercorrência, comunica-se à equipa de cirurgia que está no Serviço de Urgência. Das 20h-8h, está previsto a existência de Urgência Interna, que serve todo o Departamento Cirúrgico.

Apenas a equipa de Enfermagem e Assistentes Operacionais têm integração na UCIC e não está normalizada. A equipa Assistentes Operacionais integram-se em 1 a 2 turnos (e ao mesmo tempo que a integração no restante serviço), com outro elemento mais velho e designado pela equipa de enfermagem.

Os enfermeiros são integrados após serem considerados completamente aptos na enfermaria e por decisão da Enfermeira-Chefe. Por esse motivo, concretamente na ala I, dos 22 elementos, apenas 16 exercem funções na UCIC. Normalmente, posteriormente a uma reunião entre a Enfermeira-Chefe e novo elemento. A partir desse momento, fica durante um período de cerca de 4 semanas com o chefe de equipa na UCIC, onde este organiza a integração. Após esse período, o enfermeiro na UCIC sozinho, mas à responsabilidade do chefe de equipa, que está a exercer as suas função na enfermaria. Um dos constrangimentos ocorre quando chefe de equipa ou elemento a integrar estão ausentes (seja por trocas, ou férias) o que leva a oscilações no processo de integração.



## **Apêndice 4: Questionário e Resultados**





Eu, Tânia Mendes, estudante do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, em âmbito do estágio encontro-me a desenvolver um Projeto de Intervenção em Serviço na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos (UCIC), do Serviço de Cirurgia, cujo tema é *“Integrar Melhor para Cuidar”*. Este projeto é orientado pela Professora Doutora Alice Ruivo e Enfermeira com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica..

O Objetivo Geral deste projeto, tendo em conta todas as etapas já percorridas, é *“Otimizar a integração dos enfermeiros na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital do Centro Hospitalar de , E. P.E.”*.

Tendo em conta o já apresentado, gostaria de solicitar a sua participação no projeto através do preenchimento deste questionário, essencial para a validação de diferentes aspetos do diagnóstico de situação e para a construção de um projeto válido e adaptado às reais necessidades deste Serviço.

Neste questionário, bem como em todo o projeto, serão garantidos todos os aspetos éticos, relacionados com o anonimato e confidencialidade das fontes.

A sua participação é imprescindível para a concretização deste projeto, é no entanto voluntária, podendo desistir a qualquer momento.

Agradeço toda a atenção dispendida e encontro-me disponível para esclarecimento de qualquer dúvida, que julgue pertinente.

Tânia Mendes (939\*\*\*\*\*)

tania.mendes85@\*\*\*\*\*.\*\*\*

- ☐ Depois de ler a contextualização e objetivo, **aceito participar** no estudo
- ☐ Depois de ler a contextualização e o objetivo, **não aceito participar** no estudo



Assinale com **uma ou mais cruces** as respostas que considera mais adequadas

1. Como classifica o seu processo de integração na UCIC?

Muito Desadequado	Desadequado	Suficiente	Adequado	Muito adequado

2. Em que momento, considera que os enfermeiros devem iniciar a sua integração na UCIC?

- ☐ Logo com a integração no internamento do Serviço de Cirurgia Geral
- ☐ Logo que o enfermeiro esteja integrado no internamento do Serviço de Cirurgia Geral
- ☐ Quando o enfermeiro manifestar interesse/vontade em integrar-se na UCIC
- ☐ Quando o chefe da equipa do enfermeiro considerar que este está preparado
- ☐ Apenas quando tiver formação em SIV/SAV
- ☐ Outra sugestão \_\_\_\_\_

3. Quanto tempo (em média) pensa ser necessário para uma integração adequada na UCIC?

- ☐ 1 a 2 semanas
- ☐ 2 a 4 semanas
- ☐ 4 a 6 semanas
- ☐ 6 a 8 semanas
- ☐ Outra sugestão \_\_\_\_\_



4. Quem considera como integrador ideal?

- ☐ Chefe da equipa a que o integrando pertence
- ☐ Enfermeiro que nesse turno esteja distribuído na UCIC
- ☐ Outra sugestão \_\_\_\_\_

5. Pensa que o integrador deve ser possuidor de determinadas características, tais como?

- ☐ Habilidades de comunicação
- ☐ Assertividade
- ☐ Liderança
- ☐ Formação
- ☐ Conhecimento na área de atuação
- ☐ Outra \_\_\_\_\_

6. Que temáticas considera importantes abordar durante a integração?

- ☐ Espaço Físico da UCIC
- ☐ Atividades a desenvolver em cada turno
- ☐ Funcionamento dos monitores e monitorização dos utentes
- ☐ Ventilador e Princípios da Ventilação mecânica
- ☐ Terapêutica de urgência
- ☐ Carro de Emergência e Atuação em situação de urgência
- ☐ Transportes intra e inter hospitalares na UCIC
- ☐ Informatização/Registos na UCIC



- ☐ Critérios de admissão dos utentes na UCIC
- ☐ Critérios de alta dos utentes na UCIC
- ☐ Medidas de controlo de Infecção na UCIC
- ☐ Plano de Emergência/Catástrofe interno e externo na UCIC
- ☐ Todas as anteriores
- ☐ Outros \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Já foi responsável pela integração de algum elemento na UCIC?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se respondeu **não**, passe à pergunta 8.

a. Durante a integração, baseou-se em algum programa que conhecia de outro Serviço?

- ☐ Sim
- ☐ Não

b. Se respondeu **não**, aponte por favor as suas linhas de orientação?

---

---

---

---

---

---

---

---



c. Como considerou que o enfermeiro estava integrado?

- ☐ Através da observação diária
- ☐ Através de avaliação realizada sozinho
- ☐ Através de avaliação realizada com outros colegas
- ☐ Através de avaliação realizada com o enfermeiro
- ☐ Outra \_\_\_\_\_

8. Pensa ser importante para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na UCIC, existir uma sistematização do processo de integração?

- ☐ Sim
- ☐ Não

9. Existem sugestões que gostasse de apontar como forma de melhorar este projeto

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Grata pela sua participação,  
Tânia Mendes (939\*\*\*\*\*)  
tania.mendes85@\*\*\*\*\*.\*\*\*

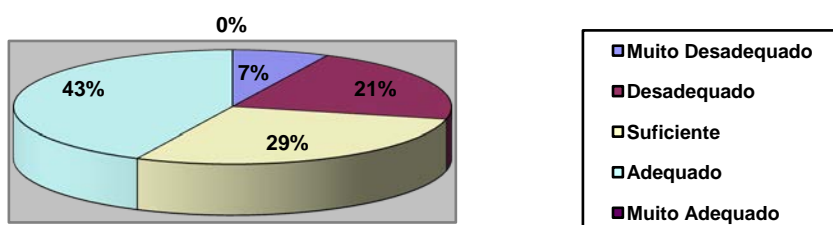


### Resultados dos Questionários

Entregues 16 questionários. Devolvidos 15, sendo que 1 não tem assinalado a aceitação de participar neste projeto. Para análise, foram considerados 14, ou seja, 87,5% da amostra.

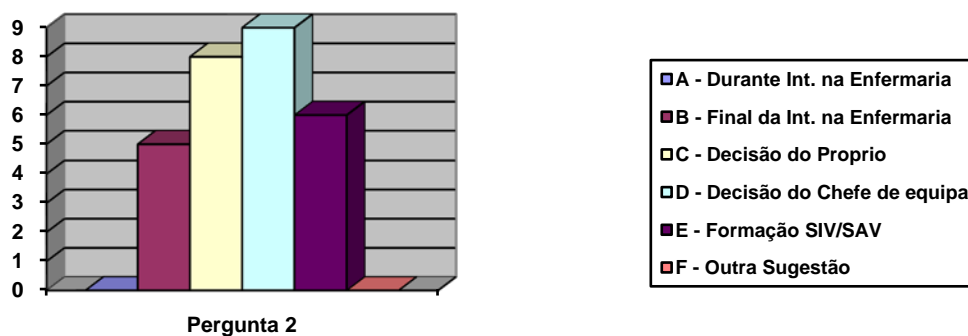
#### 1. Como classifica o seu processo de integração na UCIC?

Muito Desadequado	Desadequado	Suficiente	Adequado	Muito adequado
1	3	4	6	0



#### 2. Em que momento, considera que os enfermeiros devem iniciar a sua integração na UCIC?

- 0 Logo com a integração no internamento do Serviço de Cirurgia Geral (A)
- 5 Logo que o enfermeiro esteja integrado no internamento do Serviço de Cirurgia Geral
- 8 (B)
- Quando o enfermeiro manifestar interesse/vontade em integrar-se na UCIC (C)
- 9 Quando o chefe da equipa do enfermeiro considerar que este está preparado (D)
- 6 Apenas quando tiver formação em SIV/SAV (E)
- 0 Outra Sugestão (F)







3. Quanto tempo (em média) pensa ser necessário para uma integração adequada na UCIC?

☐ 0 1 a 2 semanas (A)

☐ 3 2 a 4 semanas (B)

☐ 5 4 a 6 semanas (C)

☐ 3 6 a 8 semanas (D)

☐ 3 Outra sugestão (E):

2 Categorias à posteriori (análise de conteúdo de acordo com Bardin)

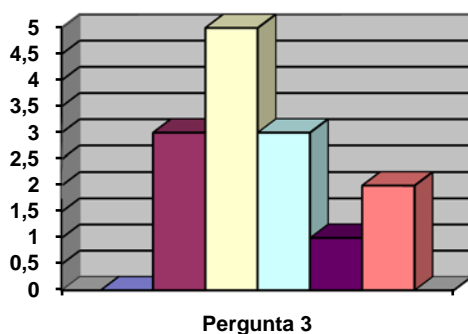
☐ 1 **Outro tempo (E1)**

Citação 1: “12 semanas”

☐ 2 **Sem tempo definido (E2)**

Citação 1: “Sem limite de tempo / De acordo com as necessidades/dificuldades que o enfermeiro apresente.”

Citação 2: “O tempo que de cada elemento considerar necessário para a sua integração a rever de avaliações intermédias do processo de integração”.



4. Quem considera como integrador ideal?

☐ 12 Chefe da equipa a que o integrando pertence (A)

☐ 2 Enfermeiro que nesse turno esteja distribuído na UCIC (B)

☐ 2 Outra sugestão (C):

2 Categorias à posteriori (análise de conteúdo de acordo com Bardin)

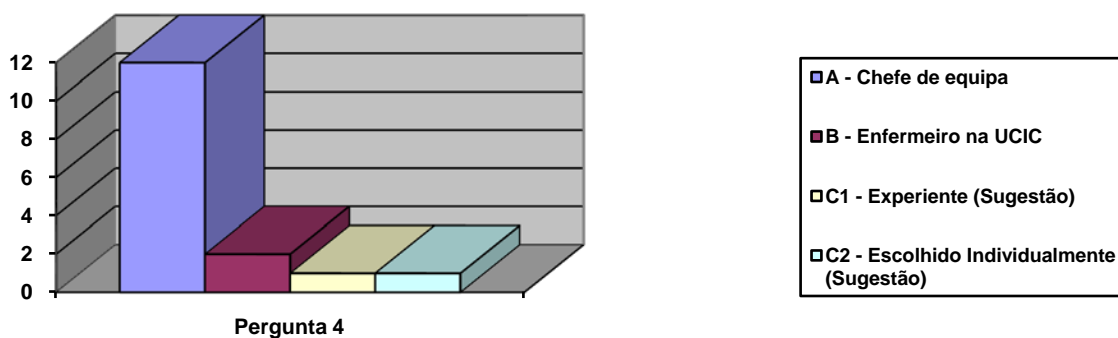
☐ 1 **Experiente (C1)**

Citação 1: “Desde que seja um enfermeiro experiente na área”

☐ 1 **Escolhido individualmente (C2)**

Citação 1: “O elemento que reunir as características necessárias integrar o elemento de acordo com o plano de integração e com as características individuais do elemento a integrar.”

Citação 2: “O tempo que de cada elemento considerar necessário para a sua integração a rever de avaliações intermédias do processo de integração”.



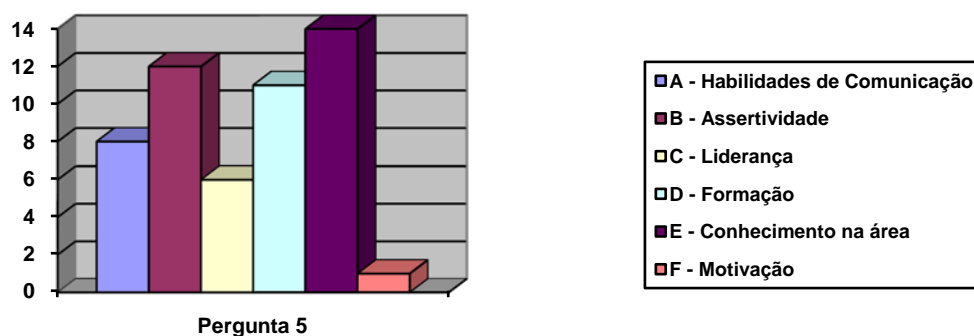
5. Pensa que o integrador deve ser possuidor de determinadas características, tais como?

- 8 Habilidades de comunicação (A)
- 12 Assertividade (B)
- 6 Liderança (C)
- 11 Formação (D)
- 14 Conhecimento na área de atuação (E)
- 1 Outra (F)

1 Categorias *à posteriori* (análise de conteúdo de acordo com Bardin)

1 **Motivação (F)**

Citação: (1) – “Motivado para integrar o colega”

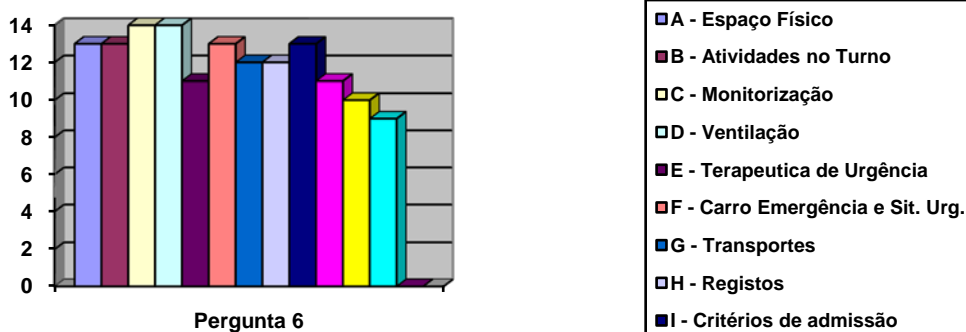


6. Que temáticas considera importantes abordar durante a integração?

- 13 Espaço Físico da UCIC (A)
- 13 Atividades a desenvolver em cada turno (B)
- 14 Funcionamento dos monitores e monitorização dos utentes (C)
- 14 Ventilador e Princípios da Ventilação mecânica (D)



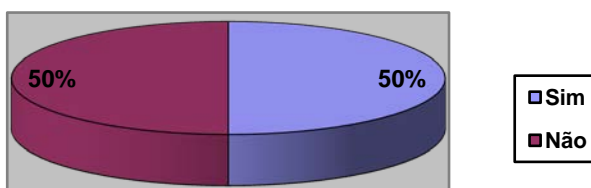
- ☐ 11 Terapêutica de urgência (E)
- ☐ 13 Carro de Emergência e Atuação em situação de urgência (F)
- ☐ 12 Transportes intra e inter hospitalares na UCIC (G)
- ☐ 12 Informatização/Registos na UCIC (H)
- ☐ 13 Critérios de admissão dos utentes na UCIC (I)
- ☐ 11 Critérios de alta dos utentes na UCIC (J)
- ☐ 10 Medidas de controlo de Infecção na UCIC (L)
- ☐ 9 Plano de Emergência/Catástrofe interno e externo na UCIC (M)
- ☐ 0 Outros (N)



7. Já foi responsável pela integração de algum elemento na UCIC?

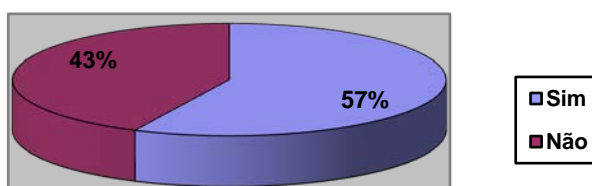
- ☐ 7 Sim
- ☐ 7 Não

Se respondeu **não**, passe à pergunta 8.



a. Durante a integração, baseou-se em algum programa que conhecia de outro Serviço?

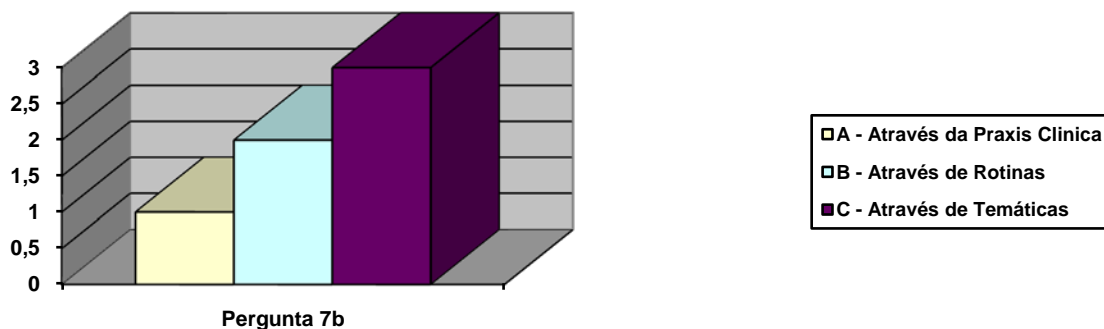
- ☐ 3 Sim
- ☐ 4 Não





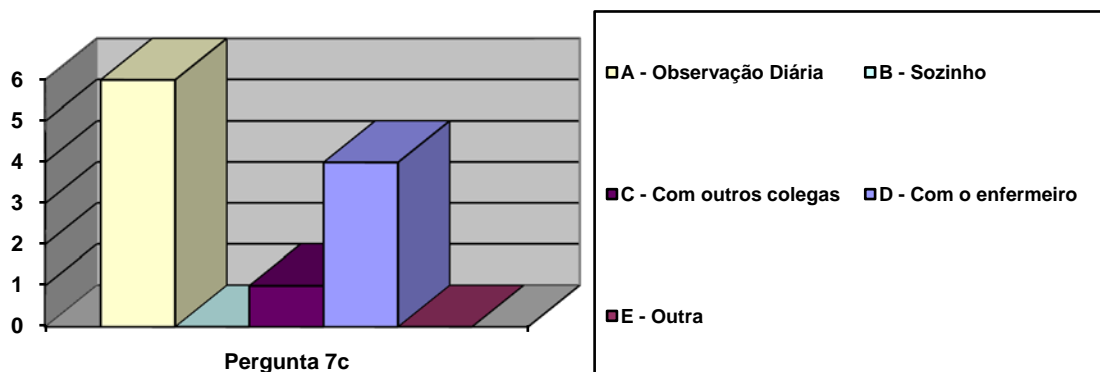
b. Se respondeu **não**, aponte por favor as suas linhas de orientação?

3 Categorias <i>à posteriori</i> (análise de conteúdo de acordo com Bardin)	
1	<b>Através da Praxis clínica (A)</b> <i>Citação 1: “Orientei-me pelos conhecimentos adquiridos”</i>
2	<b>Através de Rotinas (B)</b> <i>Citação 1: “Rotinas do turno”</i> <i>Citação 2 “ Rotinas do Turno”.</i>
3	<b>Através de Temáticas (C)</b> <i>Citação 1: “Dar a conhecer o Espaço Físico da UCIC; As actividades a desenvolver em cada turno; Funcionamento dos Monitores e Ventilador; Registos na UCIC”</i> <i>Citação 2: “Temáticas abordadas no ponto 6.”</i> <i>Citação 3: “Basicamente pretendeu-se abordar as temáticas referenciadas no ponto 6 de acordo com a disponibilidade e situações ocorridas.”</i>



c. Como considerou que o enfermeiro estava integrado?

- 6 ☐ Através da observação diária (A)
- ☐ Através de avaliação realizada sozinho (B)
- 1 ☐ Através de avaliação realizada com outros colegas (C)
- 4 ☐ Através de avaliação realizada com o enfermeiro (D)
- 0 ☐ Outra (E)

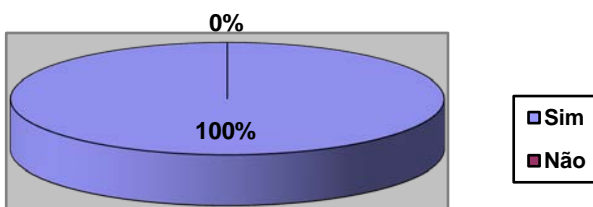




8. Pensa ser importante para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na UCIC, existir uma sistematização do processo de integração?

14 Sim

0 Não



9. Existem sugestões que gostasse de apontar como forma de melhorar este projeto

4 Categorias à posteriori (análise de conteúdo de acordo com Bardin)	
1	<b>Formação do Integrando (A)</b> <u>Citação 1</u> : “Formação na área da interpretação dos traçados electrocardiográficos”
2	<b>Integrador(B)</b> <u>Citação 1</u> : “Acho que a integração de um enfermeiro deve ser feita sempre pelo mesmo profissional de forma a ser possível detectar possíveis lacunas na integração”
3	<b>Guia Orientador/Protocolo da Integração(C)</b> <u>Citação 1</u> : “A existência de um algoritmo, ou plano de integração na UCIC, seria ideal pois o formando e formador estariam a par de todos os pontos/aspectos que faltarem integrar” <u>Citação 2</u> : “Instituição de um protocolo de integração de enfermeiros na UCIC”
3	<b>Processo de Avaliação(D)</b> <u>Citação 1</u> : “Criação de um questionário ao elemento integrado, a ser aplicado no final do processo de integração, a fim de averiguar se o elemento se sente integrado”



## **Apêndice 5: Análise SWOT**





	Fatores Positivos	Fatores Negativos
<b>Interno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Falta de enfermeiros integrados na UCIC, relacionado com saídas recentes do serviço (mudança de serviço/reformas)</li> <li>▪ Descontentamento com a integração de novos elementos na UCIC por parte da equipa</li> <li>▪ Equipa multidisciplinar motivada com a implementação deste projeto</li> <li>▪ Consequente melhoria na qualidade dos cuidados de saúde prestados</li> <li>▪ Aprovação da chefia</li> <li>▪ Redução da probabilidade de “desconhecimento” de procedimentos na UCIC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recursos humanos insuficientes para a implementação de um correto programa de integração</li> <li>▪ Risco de agendamento inadequado da implementação do projeto relacionado com meses de férias (redução de pessoal)</li> <li>▪ Risco de perda de motivação da equipa relacionado com obstáculos</li> </ul>
<b>Externo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Programas de Qualidade Institucionais, de onde se salienta a importância de uma boa integração</li> <li>▪ Melhoria para a comunidade - Profissionais melhor preparados, prestam melhores cuidados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Restrições financeiras, que levam à desmotivação da equipa, bem como a falta de recursos humanos adequados para a implementação deste projeto</li> <li>▪ Políticas e indefinição no modelo de desenvolvimento profissional, que promovem a desmotivação</li> </ul>

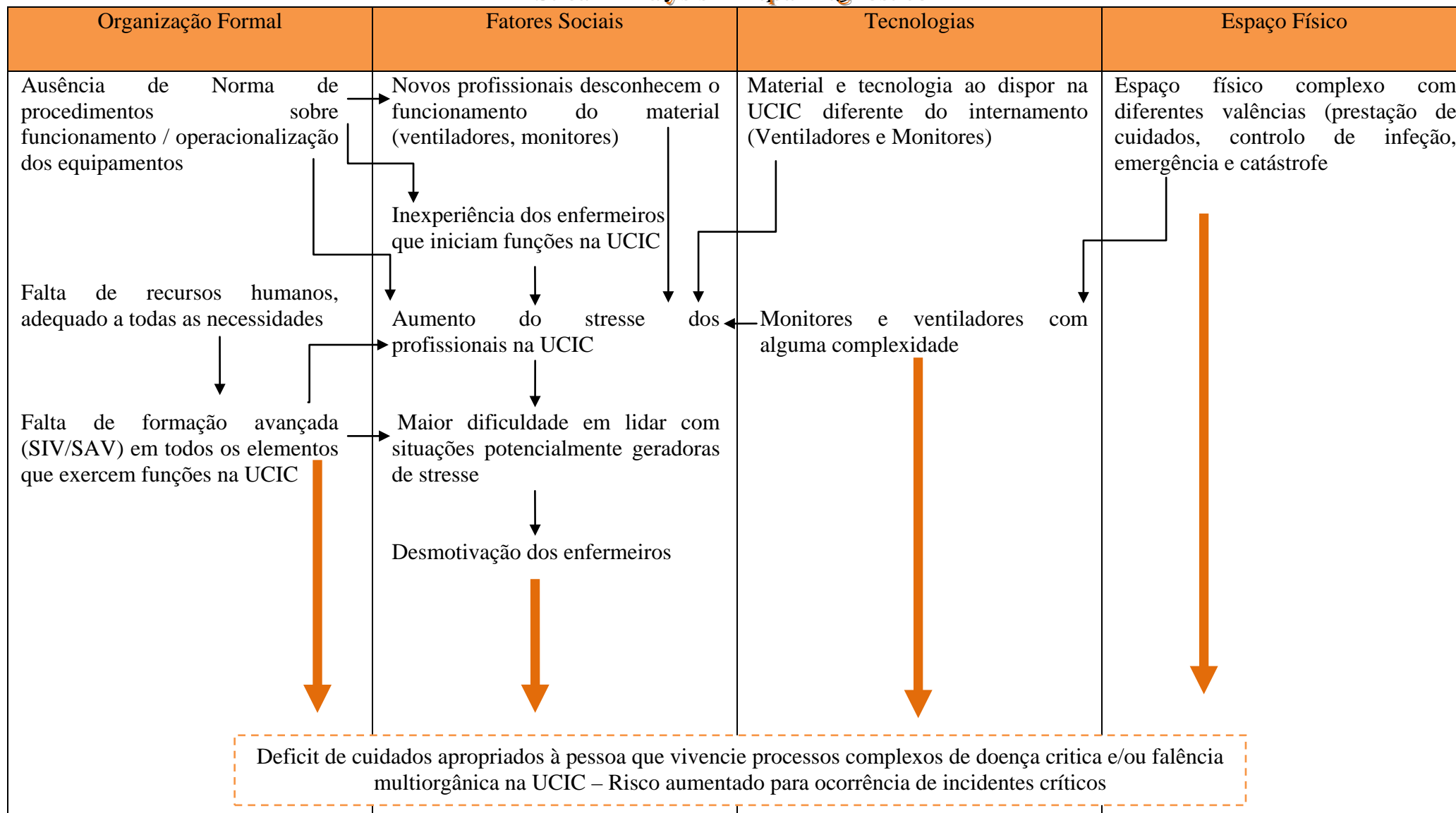
Tabela 1 - Análise SWOT sobre o processo de integração



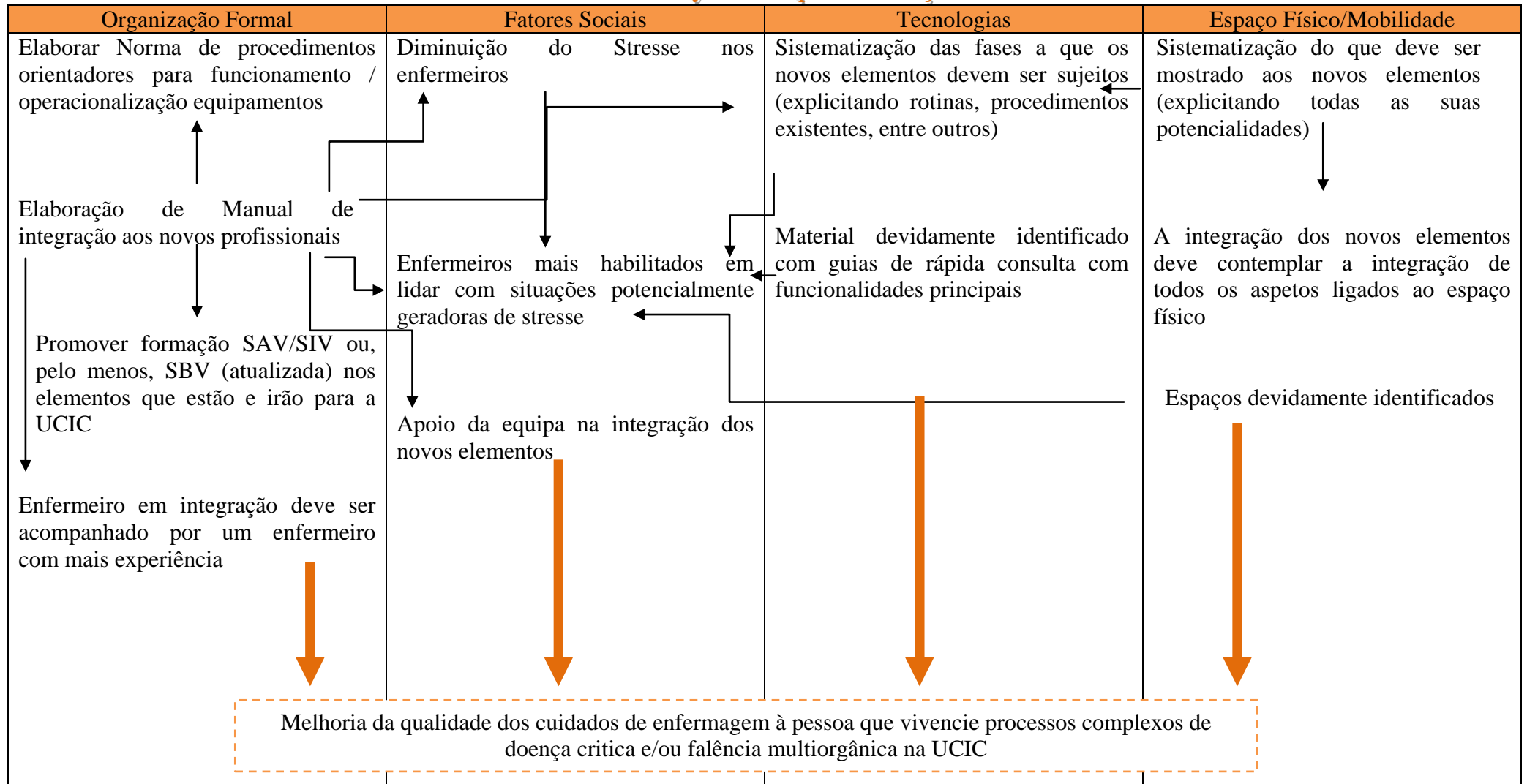
## **Apêndice 6: Stream Analysis**



### Stream Analysis – Mapa Diagnóstico



## Stream Analysis – Mapa Intervenção



## **Apêndice 7: Planeamento do PIS**





### Planeamento do Projeto

<b>Estudante:</b> Tânia Albertina dos Santos Mendes	<b>Orientador:</b> Prof. Doutora Alice Ruivo e Enf. Especialista
<b>Instituição:</b> Centro Hospitalar de – Hospital	<b>Serviço:</b> Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos (UCIC) do Serviço Cirurgia Geral
<b>Título do Projeto:</b> Integração de Novos Elementos – Integrar Melhor para Cuidar Melhor	
<p><b>Objetivos (geral específicos, centrados na resolução do problema.</b> Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u>):</p> <p><b><u>OBJETIVO GERAL</u></b></p> <p>Otimizar a integração dos novos elementos na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos (UCIC)</p> <p><b><u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u></b></p> <p>Elaborar revisão bibliográfica em bases de dados científicas credíveis sobre a temática “<i>Integração</i>”  Elaborar documento sistematizador do processo de integração na UCIC, sob a forma de Procedimento sectorial do Serviço de Cirurgia Geral do CHX  Elaborar instrumentos de registo do processo de integração  Divulgar o projeto na equipa, dinamizando a sua implementação  Testar a implementação do programa de integração na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos</p>	
<p><b>Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção</b> (chefia direta, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)</p> <p>Para a implementação deste projeto, vou precisar de articular com a Enfermeira Chefe, Docente Orientadora, Enfermeira Orientadora, Chefes de cada equipa e restantes elementos da equipa de enfermagem da UCIC, bem como os enfermeiros a integrar.</p> <p>Com a <i>Enfermeira Chefe</i>, necessitarei de articular porque tem de estar informada de tudo o que acontece no serviço, pelo que necessito lhe comunicar todos os meus atos bem como obter o seu <i>feedback</i> sobre o projeto. É ainda importante referir que necessito de saber quais os elementos precisarão de ser integrados (e qual a sua ordem de prioridade) de forma a planear o tempo do meu projeto de acordo com as disponibilidades do serviço (por precisar da existência de adaptação no horário dos elementos – integrador e integrando – durante a integração).</p> <p>Com a <i>Enfermeira Orientadora</i>, preciso de articular para que o projeto esteja de acordo com a realidade do serviço, isto é, que seja adaptado às necessidades, recursos disponíveis e útil para o serviço. Para além disso, necessito de articular para a obtenção de contributos científicos e profissionais.</p> <p>Com os <i>Chefes de cada equipa de enfermagem</i>, necessito inicialmente de articular para a validação do desenho do programa, para a divulgação do projeto bem como para a sua implementação uma vez que são os prováveis integradores.</p> <p>Com os <i>Restantes Elementos da equipa de enfermagem</i>, porque todos os elementos fazem parte deste projeto direta ou indiretamente e necessito dos seus contributos e sugestões. Mais especificamente, este contributo será feito através do preenchimento do questionário, nos momentos de discussão do programa, bem como sempre que integre algum elemento, por substituição do integrador.</p> <p>Com os <i>Enfermeiros a integrar</i>, porque serão estes os principais destinatários deste projeto. O seu contributo estará presente na avaliação do mesmo, após o programa estar completo.</p>	
<p style="text-align: right;"><b>Data:</b> 20/02/2013      <b>Assinatura:</b> Tânia Mendes</p>	

## 2º Mestrado em Enfermagem

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Elaborar revisão bibliográfica em bases de dados científicas credíveis sobre a temática "Integração"	<p>Consulta as bibliotecas do IPS procurando bibliografia sobre a temática <i>Integração</i> e características de <i>Unidade de Cuidados Intermédios</i>, nomeadamente na ESS, ESCE e ESE</p> <p>Realização de pesquisa na internet com os termos <i>Integração, Socialização, Treinamento, Acolhimento, Orientation e Induction</i> associados a <i>Enfermagem e Nursing</i> em bases de dados como EBSCO, COCHRANE e B-ON</p> <p>Avaliação da qualidade dos artigos</p> <p>Consultar na <i>intranet</i> do CHX os programas de integração das Unidade de Cuidados Intensivos e Unidades de Cuidados Intermédios existentes no CHX</p> <p>Construção de síntese coerente com todos os dados</p>	Docente Orientadora	<p>Computador com acesso à <i>internet</i> e VPN do IPS;</p> <p>Computador com acesso à <i>intranet</i>;</p> <p>Papel e caneta;</p>	Ver Cronograma (Apêndice)	Apresenta uma revisão bibliográfica no enquadramento conceptual no relatório, que contemple informações sobre o que é a integração, vantagens e objetivos, características do processo, táticas a utilizar, conteúdos a abordar, responsável do programa e tempo idealizado.
Elaborar documento sistematizador do processo de integração na UCIC, sob a forma de Procedimento sectorial do Serviço de Cirurgia Geral do CHX	<p>Seleção da pesquisa efetuada previamente os elementos úteis para a construção do programa (tempo definido, conteúdos a integrar no programa e características do integrador/integrando, avaliação do integrando)</p> <p>Aplicação do questionário sobre o programa de integração aos colegas</p> <p>Tratamento dos dados do questionário</p> <p>Construção de protótipo de documento com o <i>layout</i> definido pelo CHX, baseado na pesquisa e no questionário aplicado aos enfermeiros da UCIC</p> <p>Distribuição do protótipo I pelos colegas</p> <p>Recolha das sugestões</p> <p>Elaboração do protótipo II</p> <p>Distribuição do protótipo II à orientadora, professora e Enfermeira chefe</p> <p>Recolha de sugestões</p> <p>Construção do documento final</p>	<p>Docente Orientadora</p> <p>Enfermeira Orientadora</p> <p>Enfermeira Chefe</p> <p>Chefes de Equipa</p>	<p>Computador com programa de edição de texto e impressora</p> <p>Papel e caneta</p>		<p>Apresenta pelo menos 50% de respostas ao questionário</p> <p>Apresenta a análise dos dados dos questionários</p> <p>Apresenta resumo das sugestões obtidas em cada discussão com os diversos elementos</p> <p>Apresenta documento construído</p>
Elaborar instrumentos de registo do processo de integração	<p>Construção de <i>checklist</i> de verificação dos pontos abordados durante a integração, de acordo com o programa;</p> <p>Discussão da <i>checklist</i> na mesma altura em que se discute o programa com a orientadora, Enfermeira Chefe e chefes de equipa o programa delineado</p> <p>Aferição da <i>checklist</i> de acordo com os momentos de avaliação previamente definidos</p>	<p>Docente Orientadora</p> <p>Enfermeira Orientadora</p> <p>Enfermeira Chefe</p> <p>Chefes de Equipa</p>	<p>Computador com programa de edição de texto e impressora</p> <p>Papel e caneta</p>		<p>Apresenta os instrumentos de registo</p> <p>Apresenta resumo das sugestões obtidas em cada discussão com os diversos elementos</p>

## 2º Mestrado em Enfermagem

Divulgar o projeto na equipa, dinamizando a sua implementação	<p>Apresentação do programa de integração na UCIC à equipa em momentos de formação realizados oportunamente (momentos de passagem de turno), de forma a abranger toda a equipa</p> <p>Construção dos materiais de suporte para a formação</p> <p>Planeamento adequado dos momentos de formação</p> <p>Realização dos vários momentos de formação para abranger toda a equipa</p> <p>Avaliação dos momentos de formação</p>	<p>Docente Orientadora</p> <p>Enfermeira Orientadora</p> <p>Enfermeira Chefe</p> <p>Chefes de Equipa</p>	<p>Computador com programa de edição de texto e impressora</p> <p>Projektor</p> <p>Papel e caneta</p>	<p>Apresenta material de suporte produzido para as apresentações das sessões</p> <p>Divulga projeto em pelo 50% da equipa da UCIC</p> <p>Apresenta a avaliação das sessões</p>
<p>Testar a implementação do programa de integração na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos</p>	<p>Disponibilização de contato para esclarecimento de qualquer dúvida relacionada com o programa</p> <p>Monitorização da implementação do programa nos momentos-chave (Início, Meio e Término)</p> <p>Avaliação e adaptação do programa</p> <p>Envio para o Conselho de Administração para ser aprovada</p>	<p>Enfermeiro integrador e Enfermeiro Integrado</p>	<p>Papel com o programa impresso</p> <p>Papel e caneta</p>	<p>Apresenta resumo das monitorizações realizadas em pelo menos 3 momentos-chave definidos</p> <p>Apresenta a avaliação final do programa e sua adaptação</p> <p>Envia o Procedimento, conforme circuitos internos</p>

**Cronograma:**  
*Vide Apêndice I*

### Orçamento:

**Recursos Humanos:** Os recursos humanos serão todos os elementos descritos em "Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção" e a Docente Orientadora uma vez que preciso de articular para que o projeto esteja de acordo com o objetivo do mesmo e para que cumpra os requisitos de excelência da ESS/IPS. Para além disso, necessito de articular para a obtenção de contributos científicos e profissionais que possam ajudar à construção de um projeto viável e válido, do ponto de vista científico e profissional.

**Recursos Materiais:** Os recursos materiais associados são um *computador pessoal com ligação à internet* e VPN do IPS para a pesquisa bibliográfica bem como para a orientação do projeto bem como para o envio dos documentos finais; *software de edição de texto e análise estatística* (Microsoft Office preferencialmente) para a construção de documentos escritos com a sistematização do processo de integração; *impressora com papel e tinteiros* para a impressão do mesmo, dos questionários e todos os documentos necessário ao projeto. É ainda necessário um computador disponível na UCIC com acesso à intranet para que seja possível aceder à documentação do hospital (Normas de Orientação Clínica e Procedimentos sectoriais). É também necessário papel e caneta para fazer apontamentos necessários.

### Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

Os constrangimentos previstos são:

- Falta de adesão/interesse por parte da equipa;
- Falta de recursos humanos à implementação do programa, tal como delineado (de acordo com a bibliografia);

## 2º Mestrado em Enfermagem

- Falta de tempo para cumprir o programa conforme previsto;

Relativamente à *Falta de adesão/interesse por parte da equipa*, pretendo envolver a equipa desde o princípio do projeto, começando pela validação do problema com grande parte da equipa, com a aplicação de uns questionários acerca do que como deve ser o programa de integração, reuniões de discussão do programa com os chefes de equipa, entre outros;

Relativamente à *Falta de recursos humanos à implementação do programa, tal como delineado (de acordo com a bibliografia)*, pretendo adaptar ao máximo o programa àquilo que é a realidade da unidade bem como demonstrar nas reuniões com os chefes e restante equipa a importância do caráter científico num programa para o serviço;

Relativamente à *Falta de tempo/recursos humanos para cumprir o programa conforme previsto*, pretendo após implementar o programa, adaptá-lo de forma a ficar verdadeiramente exequível (construindo *checklist* para que seja fácil para qualquer pessoa perceber em que ponto está o integrando) e prever alternativas viáveis no próprio programa.

Data 20/02/2013




Assinatura: Tânia Mendes    Docente: Prof. Doutora Alice Ruivo

## **Apêndice 8: Cronograma do PIS**





Legenda:

-  - Tempo previsto
-  - Tempo Real
-  - 1 semana (não à escala)





## **Apêndice 9: Pedido de Autorização**





Chamo-me Tânia Mendes, sou estudante do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e Enfermeira deste hospital desde 2009 no Serviço de Cirurgia Geral.

No âmbito deste curso, encontro-me em Estágio na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos (UCIC) do Serviço de Cirurgia Geral a desenvolver um Projeto de Intervenção no Serviço cujo tema é *“Integrar Melhor para Cuidar”*, que irá decorrer até novembro de 2013. Este projeto é orientado pela Professora Doutora Alice Ruivo e Enfermeira com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O Objetivo Geral é *“Otimizar a integração dos enfermeiros na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital do Centro Hospitalar de ...”*

Neste âmbito, gostaria de solicitar a vossa autorização para a aplicação de um questionário aos enfermeiros que trabalham na UCIC, essencial para um diagnóstico de situação o mais completo possível e consequentemente para a construção de um projeto válido e adaptado às reais necessidades deste Serviço.

Anexo a este pedido o questionário que pretendo aplicar juntamente com a carta de apresentação e o consentimento informado, onde peço a colaboração dos colegas.

Gostaria ainda de esclarecer que me comprometo a garantir o anonimato e confidencialidade dos dados (quer da instituição, quer dos profissionais) bem como a divulgação dos resultados deste projeto.

Deixo o meu contacto telefónico para qualquer esclarecimento adicional: 939\*\*\*\*\*. Agradeço, desde já, a atenção dispendida e a toda a celeridade neste processo.

Com os melhores cumprimentos

Tânia Mendes

- Termo de Responsabilidade do estudante –

Exma. Sra. Enfermeira Diretora  
Do Centro Hospitalar

Eu, Tânia Albertina dos Santos Mendes, Estudante do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, encontro-me em estágio na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos no Serviço de Cirurgia Geral onde devo implementar um Projeto de Intervenção em Serviço.

O Projeto de Intervenção em Serviço a implementar na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos (UCIC) do Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar é orientado pela Professora Doutora Alice Ruivo e, no serviço, pela Enfermeira Graduada e foca-se na área da Integração dos Enfermeiros na UCIC.

Enquanto responsável pelo projeto, garanto que serão cumpridos todos os procedimentos éticos inerentes a um estudo deste tipo, nomeadamente no respeito pelo consentimento informado, pelo sigilo e anonimato das fontes, além da salvaguarda dos participantes.

Para qualquer esclarecimento adicional, agradeço o contato telefónico.

Com os melhores cumprimentos

Tânia Mendes (939\*\*\*\*\*)

[tania.mendes@\\*\\*\\*\\*\\*.pt](mailto:tania.mendes@*****.pt)

- Termo de Responsabilidade do Orientador do Projeto -

Exma. Sra. Enfermeira Diretora  
Do Centro Hospitalar

Eu, Maria Alice Gois Ruivo, Professora Coordenadora do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, encontro-me a orientar o estágio e o Projeto de Intervenção em Serviço da estudante Tânia Mendes.

O estágio realiza-se na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos (UCIC) do Serviço de Cirurgia Geral da vossa instituição e tendo em conta o pré-diagnóstico já elaborado em consonância com a chefia do serviço e enfermeira orientadora da instituição (

), foca-se na área da Integração dos Enfermeiros na UCIC. Para obter dados relativos à opinião da equipa sobre esta temática e as suas particularidades, a estudante elaborou e pretende aplicar um questionário.

Enquanto orientadora, asseguro que serão cumpridos todos os procedimentos éticos inerentes a um estudo deste tipo, nomeadamente no respeito pelo consentimento informado, pelo sigilo e anonimato das fontes, além da salvaguarda dos participantes.

Mantenho-me disponível para qualquer aspeto que julgue oportuno.

Com os melhores cumprimentos profissionais e pessoais

*Alice Ruivo*

(Professora Coordenadora)

[alice.ruivo@\\*\\*\\*.\\*\\*\\*.pt](mailto:alice.ruivo@***.***.pt)

- Resumo Curricular do Estudante –



## INFORMAÇÃO PESSOAL

## Tânia Mendes

 2\*\*\*\*\*  939\*\*\*\*\* [tania.mendes@\\*\\*\\*\\*.pt](mailto:tania.mendes@****.pt)

Data de nascimento \*\*/\*\*/19\*\* | Nacionalidade Portuguesa

## EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

De maio de 2012 até atualidade

**Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica**  
**Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica**7 - Nível do Quadro  
Europeu de  
Qualificações

Escola Superior de Saúde / Instituto Politécnico de Setúbal

As competências adquiridas são:

- Competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem;
- Desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas;
- Integração em equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva
- Atuação no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos;
- Aplica a investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência
- Realização de análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.

De novembro de 2010 até  
novembro de 2011**Pós-Graduada em Enfermagem Perioperatória**6 - Nível do Quadro  
Europeu de  
Qualificações

Escola Superior de Saúde / Instituto Politécnico de Setúbal em parceria com AESOP

Os principais objetivos do curso são:

- Aquisição de conhecimentos e espaços de reflexão, análise e prática clínica, promotores do desenvolvimento e suporte de um conjunto de competências específicas que permitirão a prestação de cuidados de enfermagem, baseados na evidência científica, centrados nas pessoas submetidas a cirurgia nas diversas fases (pré, intra e pós-operatório) e de acordo com as melhores práticas conhecidas.
- Suportar o desempenho dos enfermeiros em contexto perioperatório, de modo a que se desenvolvam competências para a manutenção de um ambiente seguro, respondendo eficazmente a situações de grande complexidade.

De outubro de 2003 até julho de  
2008**Licenciada em Enfermagem**6 - Nível do Quadro  
Europeu de  
Qualificações

Escola Superior de Saúde / Instituto Politécnico de Setúbal

Os principais objetivos do curso são:

- Capacitar os licenciados para intervirem de forma autónoma ou integrados em equipas multidisciplinares, concebendo e/ou participando na tomada de decisão acerca dos cuidados de enfermagem, para responderem às necessidades das pessoas, famílias, grupos e comunidades.
- Preparar para prestar cuidados de enfermagem a pessoas, saudáveis ou doentes, de forma a que mantenham, melhorem ou recuperem a sua saúde. Os enfermeiros prestam igualmente cuidados a famílias, grupos e comunidades.
- Interligar o pensamento/conhecimento e a ação decorrendo num ciclo de complexidade crescente em contextos de aprendizagem diversos.
- A formação dos licenciados em Enfermagem assenta nos pressupostos de que o seu campo de ação é mais amplo do que o cuidar da pessoa doente em contexto hospitalar enquadrando a sua intervenção em equipas multiprofissionais num ambiente intersectorial entre o hospital e a comunidade num trabalho de parceria onde se partilhem valores, metas e objetivos
- O objetivo central a todo o processo de ensino aprendizagem é formar "profissionais competentes não só para hoje mas também que valorizem e se impliquem em manter essa competência em termos de conhecimentos, habilidades, comportamentos e atitudes

## EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

De 03/06/2009 até atualidade

**Enfermeira**

Centro Hospitalar de Setúbal – Hospital S. Bernardo (Serviço Cirurgia Geral)

As principais atividades e responsabilidades:

- As inerentes à Carreira de Enfermagem estabelecida pelo Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro com as devidas alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 412/98 de 30 de dezembro;
- Cumprir rotinas do serviço atendendo aos protocolos de atuação existentes no serviço;
- Colaborar na integração de novos elementos no serviço;
- Promover a melhoria da Qualidade dos Cuidados, do Ambiente e dos Profissionais;
- Zelar pelo bom funcionamento, arrumação e limpeza do serviço;
- Repor material clínico, sempre que necessário;
- Comunicar faltas/irregularidades detetadas no serviço (medicação, equipamento...);
- Colaborar com Escolas Superiores de Enfermagem na tutoria de alunos;
- Acompanhamento de doentes ao exterior na realização de exames/ transferência de doentes para a Unidade de Cuidados Intensivos e Hospital Ortopédico Sant'ago do Outão;
- Verificação do carro de urgência, conforme procedimento em vigor.

Língua materna

Outras línguas

Português

Inglês

Espanhol

COMPREENDER		FALAR		ESCREVER
Compreensão oral	Leitura	Interação oral	Produção oral	
B2	C1	B2	B1	B1
A2	B1	A1	A1	A1

Níveis: A1/2 Utilizador básico - B1/2 utilizador independente - C1/2 - utilizador avançado  
Quadro Europeu Comum de Referência para as Línguas

Competências de comunicação

- Boa capacidade de comunicação adquiridas através da experiência profissional enquanto enfermeira

Competências de organização

Boa capacidade de organização de eventos (obtido durante a organização das 3as Jornadas de Enfermagem em Cirurgia)

Competências técnicas

- Domínio aceitável na atuação em situação de emergência (obtidos durante o curso de Suporte Avançado de Vida)

Competências informáticas

- Bom domínio do software Microsoft Office
- Domínio aceitável do software SAPE e SGICM

Carta de Condução

- Carta de condução da categoria B

Membro da Comissão Organizadora das 3as Jornadas de Enfermagem em Cirurgia (em 2011).

## COMPETÊNCIAS PESSOAIS

## INFORMAÇÃO ADICIONAL

- Proposta de Estudo de Investigação –

### Proposta de Estudo de Investigação

O estudo de investigação proposto insere-se no estágio do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que se desenvolve na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos no Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar

O Objetivo Geral é *“Otimizar a integração dos enfermeiros na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital do Centro Hospitalar”*

Para atingir o objetivo proposto, a técnica utilizada será a Metodologia de Projeto, é orientado pela Professora Doutora Alice Ruivo e, no serviço, pela Enfermeira e foca-se na área da Integração dos Enfermeiros na UCIC.

O estudo pretende-se que decorra no período entre novembro de 2012 até novembro de 2013.

A população-alvo e amostra correspondem à Equipa de enfermagem do Serviço de Cirurgia Geral que exerce funções na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos.

O instrumento de recolha de dados será a aplicação de questionários aos enfermeiros do Serviço com o objetivo de obter dados relativos à opinião da equipa sobre esta temática.

Para o cumprimento dos procedimentos éticos, será solicitado o consentimento informado livre e esclarecido e garante-se o sigilo e anonimato das fontes, além da salvaguarda dos participantes e da instituição. Assume-se ainda a divulgação dos resultados na instituição.

Anexo a esta proposta de estudo o questionário que pretendo aplicar juntamente com a carta de apresentação e o consentimento informado, onde peço a colaboração dos colegas.

- Termo de Autorização/Responsabilidade do Diretor  
do Serviço –

**SERVIÇO DE GESTÃO DA FORMAÇÃO**

A/c Exm.(ª) Sr.(ª) Diretora de Serviço

Serviço: Cirurgia

**Assunto:** Solicitação de autorização para implementação de trabalho de projeto

**Título do Projeto:** "Integrar melhor para cuidar"

**Entidade Académica:** Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal

Na sequência da recepção do pedido supra-mencionado, solicita-se informação quanto à possibilidade de, na área sob a sua responsabilidade, autorizar a aplicação do instrumento de colheita de dados, conforme exemplar em anexo.

**FORMULÁRIO DE RESPOSTA**

**Colaboração em Estudo de Investigação de âmbito Académico**

Aceite: ☒ Não Aceite: ☐

Outra Informação: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Fundamentação, em situação de recusa/inviabilidade:**

**SERVIÇO DE GESTÃO DA FORMAÇÃO**

Data: 14/01 /2013

Por:

N.º Pedido 02 / 2013

MPR/IM/CE/VM/SGF/2011

Setúbal, 14 de Janeiro de 2013  
O Responsável

- Termo de Autorização/Responsabilidade do  
Enfermeiro Chefe do Serviço –

**SERVIÇO DE GESTÃO DA FORMAÇÃO**

A/c Exm. (ª) Sr. (º) Enfermeira Chefe

Serviço: Cirurgia

**Assunto:** Solicitação de autorização para implementação de trabalho de projeto

**Título do Projeto:** "Integrar melhor para cuidar"

**Entidade Académica:** Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal

Na sequência da recepção do pedido supra-mencionado, solicita-se informação quanto à possibilidade de, na área sob a sua responsabilidade, autorizar a aplicação do instrumento de colheita de dados, conforme exemplar em anexo.

**FORMULÁRIO DE RESPOSTA**

**Colaboração em Estudo de Investigação de âmbito Académico**

Aceite: ☒

Não Aceite: ☐

Outra Informação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Fundamentação, em situação de recusa/inviabilidade:**

\_\_\_\_\_

**SERVIÇO DE GESTÃO DA FORMAÇÃO**

Data: 14/01 /2013

Por:

N.º Pedido 01 / 2013

MPR/IM/CE/VM/SGF/2011

Setúbal, 14 de Janeiro de 2013

O Responsável

\_\_\_\_\_



**Apêndice 10: Documento Final do "Procedimento de  
Integração de Novos Enfermeiros na UCIC do Serviço  
de Cirurgia Geral"**



LOGO	<i>Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos do Serviço de Cirurgia Geral</i>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Revisão X	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00

## 1. Objetivo

Garantir a existência de um documento, no qual se encontre identificado quais os procedimentos a seguir durante a integração de enfermeiros na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos possibilitando assim uma fácil e eficaz integração.

## 2. Campo de aplicação

Este procedimento destina-se a todos os novos Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos do Serviço de Cirurgia Geral.

## 3. Siglas, abreviaturas e definições

BO - Bloco Operatório

CHS - Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

HSB - Hospital São Bernardo

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SAV - Suporte Avançado de Vida

SBV - Suporte Básico de Vida

SIV - Suporte Imediato de Vida

SUG - Serviço de Urgência Geral

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC - Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos

## 4. Referências

CHKS, Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde, Normas para a Acreditação (3ª Edição, Versão 01, 2010); critérios 34.18, 34.19, 34.20, 34.21, 34.22.

Manual de Políticas e Procedimentos do CHS. Disponível na intranet.

LOGO	<i>Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos do Serviço de Cirurgia Geral</i>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Revisão X	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00

## 5. Responsabilidades

O Enfermeiro Chefe do Serviço de Cirurgia Geral, onde se encontra a UCIC tem a responsabilidade de assegurar que todo o novo funcionário completa um programa de apresentação / integração específico para o serviço.

O Enfermeiro Integrador, nomeado pelo Enfermeiro Chefe tem a responsabilidade de integrar o novo elemento em todas as temáticas mencionadas no Ponto 6 do Procedimento bem como assumir que está integrado.

O Enfermeiro a integrar tem a responsabilidade de consultar a documentação que lhe for entregue ou indicada para consultar, bem como pelo seu processo de integração, apontando as suas dúvidas, quando oportuno.

## 6. Procedimento

O programa de integração prepara o novo enfermeiro para o desempenho do seu posto de trabalho e respetivas responsabilidades, explicando a estrutura da UCIC, da equipa, o relacionamento laboral com os outros elementos e respetivas funções específicas, funcionando como um complemento ao Programa de Integração Geral do Hospital e do Serviço de Cirurgia Geral.

Pretende-se apresentar linhas gerais de orientação de Integração na UCIC.

### Informações Gerais

As informações gerais prestadas aos novos enfermeiros da UCIC, em tempo oportuno, são:

- Localização das áreas de trabalho que compõem a UCIC;
- Informação sobre o posto de trabalho (Descrição de Funções) e relacionamento laboral com os outros elementos do serviço (consultar Procedimento sectorial DF.CIGE.02);
- Informação sobre o Controlo de Infecção (consultar CIF – Política de Controlo de Infecção; CIF.01 – Limpeza de Áreas Infetadas; CIF.06 – Precauções de Isolamento; CIF.08 – Controlo Microrganismos, CIF.14 – Higienização das Mãos; CIF.15 – Produtos Biológicos; CIF.21 – Prevenção infeção do Local Cirúrgico);
- Informação das normas de segurança referentes ao serviço, nomeadamente Segurança contra Incêndio (Procedimento GRI.07), Atuação perante Emergência/Catástrofe Interna (Procedimento GRI.05), Evacuação (Procedimento GRI.05) e Avaria de Equipamentos;
- Informação das normas de segurança referentes ao Risco Clínico como Relato de Incidentes, Prevenção de Quedas e Administração de Hemoderivados;
- Informação relativa aos Cuidados Globais ao Doente, tendo em conta os focos possíveis Instabilidade
- Identificação e localização dos equipamentos / materiais existentes para o funcionamento do serviço em causa

LOGO	<i>Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos do Serviço de Cirurgia Geral</i>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Revisão X	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00

- Apresentação do Manual de Políticas e Procedimentos do serviço, salientando os documentos referidos neste Procedimento e outros documentos importantes para o seu posto de trabalho;
- Apresentação das especificidades de utilização das aplicações informáticas na UCIC, nomeadamente no SAPE.

### **Decisão de Integrar na UCIC**

O Programa de integração começa com a decisão por parte do Enfermeiro Chefe, de integrar na UCIC o novo elemento. Esta deve ser fundamentada no desempenho do enfermeiro no serviço de internamento da Cirurgia Geral, bem como na apreciação do Chefe de equipa. É ainda importante que o enfermeiro tenha, preferencialmente, formação em SBV e/ou SIV/SAV. Caso tal não ocorra, deverá ter essa oportunidade, em tempo oportuno para o Serviço e Hospital.

O Integrador deve, preferencialmente, ser o Chefe da equipa a que pertence o enfermeiro a integrar.

Sempre que se considere benéfico e/ou necessário, o Enfermeiro Chefe pode nomear outro elemento para ser o Integrador.

O processo inicia-se com o preenchimento da Folha de Registo de Integração de Novos Funcionários no Serviço (Anexo 1).

### **Tempo de Integração**

É de salientar que a integração de novos funcionários no serviço é um processo evolutivo, multifatorial e com um período de tempo previsto para a sua realização.

Na UCIC, o tempo previsto é de 6 a 10 semanas, sendo que prolongar-se-á caso o integrando e/ou integrador manifestem essa necessidade.

### **Programa de Integração**

Ao longo da Integração, existem temáticas que devem ser apresentadas e discutidas durante o tempo previsto. De forma genérica, pretende-se, numa fase inicial abordar as temáticas mais relacionadas com a atividade diária, e, numa fase posterior, os aspetos que surgem esporadicamente. Assim, organizou-se estas temáticas nas várias semanas. O Cronograma de Atividades de Integração foi delineado para 8 semanas, por ser o tempo intermédio do tempo previsto e pretende ser apenas indicativo. O tempo deve ser definido em função do enfermeiro a integrar e dependendo das avaliações entre cada fase.

1ª Fase: O enfermeiro a integrar tem contacto com a UCIC, conhece o espaço e particularidades e conhece rotinas e atividades. Consulta a documentação disponível na Intranet para conhecer os documentos neste Procedimento referenciados. Colabora com o enfermeiro integrador na prestação de cuidados. Numa fase inicial, deve começar por ficar responsável por um doente e, progressivamente pelos quatro. Realiza turnos de Manhã e Tarde, preferencialmente. Prevê-se 3 a 4 semanas para esta fase.

LOGO	<i>Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos do Serviço de Cirurgia Geral</i>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Revisão X	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00

2ª Fase: O enfermeiro a integrar deve iniciar o turno de Noite, acompanhado pelo integrador e reforçar a consulta da documentação disponível na Intranet. Prevê-se 2 a 4 semanas para esta fase.

3ª Fase: O enfermeiro a integrar fica responsável por todos os doentes, estando o enfermeiro integrador como Supervisor dos cuidados prestados. No final desta fase, é realizada a avaliação final. Prevê-se 1 a 2 semanas para esta fase.

### **Avaliação e Conclusão da Integração**

A avaliação da integração deve ser realizada no final de cada fase. Durante os momentos de avaliação, deve ser preenchido individualmente o Documento criado para o efeito (Anexo 3), no qual cada um indica se corresponde à Autoavaliação ou Hetero-Avaliação, classificando o integrando em "A melhorar" e "Apto" nas temáticas descritas. Pode e deve ser preenchido o espaço destinado para o efeito, sobre a sua opinião acerca do processo de integração até ao momento.

A integração ficará concluída quando Integrador e Integrando entenderem que o elemento está Apto nas atividades previstas no Cronograma. Para tal, prevê-se três momentos de avaliação, onde é discutido por ambos os Documentos de Avaliação preenchidos

## **7. Anexos**

Anexo 1 – Folha de registo de Integração de Novos Funcionários no Serviço.

Anexo 2 - Cronograma de Atividades de Integração

Anexo 3 - Documento de Avaliação

<b>Elaboração</b> Enf. <sup>a</sup> MC Enf. <sup>a</sup> NP Enf. <sup>a</sup> Tânia Mendes	<b>Revisão</b> Enf. <sup>a</sup> Chefe AA	<b>Ratificação</b> Diretor do Serviço/Responsável da Unidade Responsável de Enfermagem da Unidade  <b>Data:</b>
---	--	---

LOGO

## PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS FUNCIONÁRIOS

Serviço: \_\_\_\_\_

Período de Integração: de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### DADOS DO FUNCIONÁRIO

Nome: \_\_\_\_\_

Categoria: \_\_\_\_\_

N.º Mecnográfico: \_\_\_\_\_

### RESPONSÁVEL PELA INTEGRAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Integração efetuada pelo responsável:

Sim ☐

Não ☐ Elemento designado:

Nome: \_\_\_\_\_

Categoria: \_\_\_\_\_

O Programa de Integração foi cumprido conforme o Procedimento de Integração de Novos Funcionários do Serviço:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do funcionário

\_\_\_\_\_

LOGO

## PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS FUNCIONÁRIOS



<b>Semanas</b>	<b>1ª</b>	<b>2ª</b>	<b>3ª</b>	<b>4ª</b>	<b>5ª</b>	<b>6ª</b>	<b>7ª</b>	<b>8ª</b>
<b>Atividades a Desenvolver</b>								
<b>Gerais</b>								
Apresentação da UCIC: o espaço Físico, objetivos e critérios de admissão e alta								
Discussão do Cronograma de Atividades de Integração na UCIC/ Avaliação								
Descrição das Principais Atividades da UCIC bem como das funções do Enfermeiro na mesma (DF.CIGE.02)								
Divulgação do Manual de Políticas e Procedimentos do CHS, disponível na Intranet								
Exposição dos cuidados a ter em conta com a articulação com BO, SUG e UCI								
<b>Controlo de Infecção</b>								
Apresentação de Procedimentos relevantes acerca do Controlo de Infecção (CIF – Política de Controlo de Infecção; CIF.01 – Limpeza de Áreas Infetadas; CIF.06 – Precauções de Isolamento; CIF.08 – Controlo Micro-organismos, CIF.14 – Higienização das Mãos; CIF.15 – Produtos Biológicos; CIF.21 – Prevenção infeção do Local Cirúrgico)								
<b>Registos Informáticos</b>								
Apresentação dos Documentos Auxiliares na UCIC (Procedimento em aprovação – Registos de Sinais Vitais e Passagem de Ocorrências)								
Apresentação das Especificidades de Registo no SAPE (Enf.03) na UCIC (horários de registo de sinais vitais, entre outros)								
<b>Tecnologias e Especificidades na UCIC</b>								
Monitorização Eletrocardiográfica: conceitos básicos e cuidados de enfermagem na UCIC								
Explicação do Funcionamento dos Monitores da UCIC (consultar manuais na Intranet)								
Princípios de Ventilação Mecânica: conceitos básicos e cuidados de enfermagem na UCIC (NOC.CHS.37)								

e NOC.CHS.38)								
Explicação do Funcionamento do Ventilador Dragger 2000: conceitos básicos e cuidados de enfermagem na UCIC								
Verificação mensal do Carro de Urgência, Mala de Transporte (RRE.05) e Ventilador (RRE.10)								
Apresentação do Procedimento de Transporte de Doente Critico (ALT.06)								
Cuidados à Pessoa em Situação Crítica								
Informação relativa aos Cuidados Globais ao Doente, tendo em conta os focos possíveis Instabilidade								
Informação relativa à humanização dos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica: Visitas								
Situação de Emergência								
Apresentação de Normas e Procedimentos para Situações de Emergência (Política RRE – Reanimação e Ressuscitação; RRE.01 – Ordem de Não Reanimar; RRE.02 – SBV; RRE.04 - SAV)								
Apresentação do Procedimento relativo à Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (REG.RRE.01)								
Gestão de Risco								
Apresentação do Procedimento sobre Atuação em Situação de Catástrofe Interna (GRI.05), Evacuação de Doentes (GRI.06) e Segurança contra incêndios (GRI.07);								
Apresentação de Procedimentos relativos ao Risco Clínico como Relato de Incidentes, Prevenção de Quedas e Administração de Hemoderivados em Segurança.								

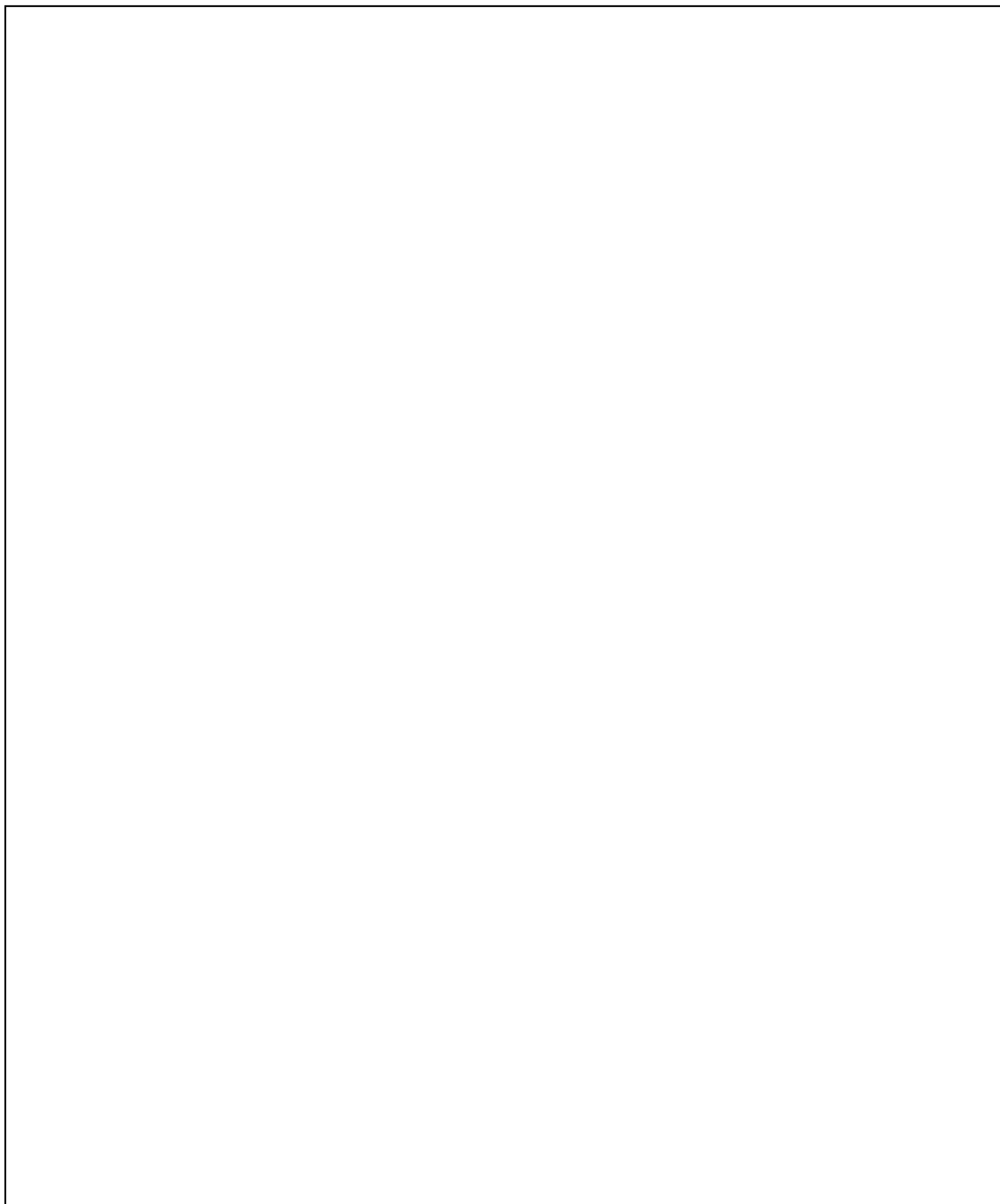
LOGO

<b>Atividades a Desenvolver</b>	<b>Avaliação</b>	<b>A melhorar</b>	<b>APTO</b>
<b>Gerais</b>			
Conhece a UCIC: o espaço Físico, objetivos e critérios de admissão e alta			
Conhece as Principais Atividades da UCIC bem como as suas funções			
Consulta o Manual de Políticas e Procedimentos do CHS, disponível na Intranet, principalmente nas Normas e Procedimentos Referidos			
Conhece procedimentos de articulação com BO, SUG e UCI			
<b>Controlo de Infecção</b>			
Conhece Procedimentos relevantes acerca do Controlo de Infecção			
<b>Tecnologias e Especificidades na UCIC</b>			
Conhece a Monitorização Eletrocardiográfica e Funcionamento dos Monitores da UCIC			
Conhece os Princípios de Ventilação Mecânica e Funcionamento do Ventilador			
Realiza Verificação mensal do Carro de Urgência, Mala de Transporte e Ventilador			
Conhece Procedimento de Transporte de Doente Critico			
<b>Cuidados À Pessoa em Situação Crítica</b>			
Informação relativa aos Cuidados Globais ao Doente, tendo em conta os focos possíveis de instabilidade			
Informação relativa à humanização dos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica: Visitas			
<b>Situação de Emergência</b>			
Conhece Normas e Procedimentos para Situações de Emergência			
Conhece Procedimento relativo à Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar			
<b>Registos Informáticos</b>			
Conhece Documentos Auxiliares na UCIC (Registos de Sinais Vitais e Passagem de Ocorrências)			
Conhece as Especificidades de Registo no SAPE na UCIC			
<b>Gestão de Risco</b>			
Conhece o Procedimento sobre Atuação em Situação de Catástrofe Interna, Evacuação de Doentes e Segurança contra incêndios			
Apresentação de Procedimentos relativos ao Risco Clínico como Relato de Incidentes, Prevenção de Quedas e Administração de Hemoderivados em Segurança.			

LOGO

## Documento de Avaliação

### Avaliação Genérica do Processo de Integração



Fase do Programa de Integração \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Enfermeiro em Programa de Integração \_\_\_\_\_

Enfermeiro Responsável pela Integração \_\_\_\_\_

## **Apêndice 11: Planeamento da Sessão de Formação**



**Tema:** “A Integração na UCIC”

**Datas:** Antes ou após passagem de turno entre 21 de abril e 5 de maio.

**Duração Prevista:** 15 min

Conteúdo	Objetivos	Recursos	Métodos de Avaliação
<b>APRESENTAÇÃO DO OBJETIVOS DA SESSÃO</b>	<i>✗ Informar os participantes do que vai ocorrer</i>	Computador	Apresentar resumo na Apresentação criada para o efeito
<b>APRESENTAÇÃO DOS CONTRIBUTOS PARA A CONSTRUÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<i>✗ Comunicar os resultados dos questionários a que responderam, mostrando a sua importância;</i> <i>✗ Demonstrar em que bases teóricas assenta este procedimento</i>	Computador Resultados dos Questionários impressos	Apresentar resumo na Apresentação criada para o efeito;
<b>APRESENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<i>✗ Divulgar o Procedimento, para que todos os profissionais envolvidos, conheçam e para que possam dar contributos</i>	Computador Procedimento impresso	Apresentar Procedimento na Apresentação criada para o efeito .
<b>CONCLUSÃO</b>	<i>✗ Criar espaço de debate acerca do Procedimento</i>	Computador Papel e Caneta	Apresentar resumo dos principais comentários à apresentação





## **Apêndice 12: Suporte informático à sessão de formação**



# A Integração na UCIC



Elaborada por: Enf<sup>o</sup> Tânia Mendes (estudante no  
Estágio 3)  
Orientadora: Enf<sup>o</sup> NP e Enf<sup>o</sup> MC (Especialista em MC)  
Docente: Prof. Doutora Alice Ruivo

Abril/Maio 2013

# Objetivos

Apresentar resumo dos contributos, nomeadamente dos resultados dos questionários e bibliografia pertinente

Divulgar o Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros na UCIC da Cirurgia Geral



# Resumos dos Contributos

## Análise dos Questionários

14 em 36 questionários, ou seja, 38,9% da amostra.



Não houve correlação a nível estatístico entre a idade e o nível de escolaridade, por isso, não se pode afirmar que a idade tenha influência no nível de escolaridade.

## Análise dos Questionários

As pontuações dos questionários foram:

1. O nível de escolaridade influencia o nível de escolaridade?	Sim	Não
2. O nível de escolaridade influencia o nível de escolaridade?	Sim	Não
3. O nível de escolaridade influencia o nível de escolaridade?	Sim	Não
4. O nível de escolaridade influencia o nível de escolaridade?	Sim	Não
5. O nível de escolaridade influencia o nível de escolaridade?	Sim	Não
6. O nível de escolaridade influencia o nível de escolaridade?	Sim	Não
7. O nível de escolaridade influencia o nível de escolaridade?	Sim	Não
8. O nível de escolaridade influencia o nível de escolaridade?	Sim	Não
9. O nível de escolaridade influencia o nível de escolaridade?	Sim	Não
10. O nível de escolaridade influencia o nível de escolaridade?	Sim	Não

## Revisão Bibliográfica

Revisão Bibliográfica de 10 artigos científicos.

- 1. O nível de escolaridade influencia o nível de escolaridade?
- 2. O nível de escolaridade influencia o nível de escolaridade?
- 3. O nível de escolaridade influencia o nível de escolaridade?
- 4. O nível de escolaridade influencia o nível de escolaridade?
- 5. O nível de escolaridade influencia o nível de escolaridade?
- 6. O nível de escolaridade influencia o nível de escolaridade?
- 7. O nível de escolaridade influencia o nível de escolaridade?
- 8. O nível de escolaridade influencia o nível de escolaridade?
- 9. O nível de escolaridade influencia o nível de escolaridade?
- 10. O nível de escolaridade influencia o nível de escolaridade?

Autores: [Nomes dos autores]

## Revisão Bibliográfica

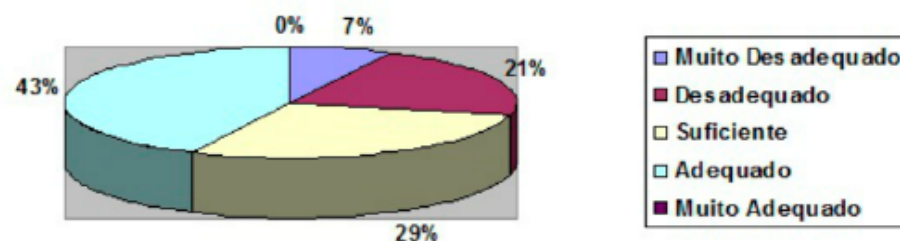
Revisão Bibliográfica de 10 artigos científicos.

- 1. O nível de escolaridade influencia o nível de escolaridade?
- 2. O nível de escolaridade influencia o nível de escolaridade?
- 3. O nível de escolaridade influencia o nível de escolaridade?
- 4. O nível de escolaridade influencia o nível de escolaridade?
- 5. O nível de escolaridade influencia o nível de escolaridade?
- 6. O nível de escolaridade influencia o nível de escolaridade?
- 7. O nível de escolaridade influencia o nível de escolaridade?
- 8. O nível de escolaridade influencia o nível de escolaridade?
- 9. O nível de escolaridade influencia o nível de escolaridade?
- 10. O nível de escolaridade influencia o nível de escolaridade?

Autores: [Nomes dos autores]

## Análise dos Questionários

14 em 16 questionários, ou seja, 87,5% da amostra.



Ninguém considerou a sua integração muito adequada e todos consideraram ser importante fazer uma sistematização do processo de integração

# Análise dos Questionários

As principais sugestões foram:

4 Categorias à posteriori (análise de conteúdo de acordo com Bardin)

Formação do Integrando (A)

Citação 1: “Formação na área da interpretação dos traçados electrocardiográficos”

Integrador(B)

Citação 1: “Acho que a integração de um enfermeiro deve ser feita sempre pelo mesmo profissional de forma a ser possível detectar possíveis lacunas na integração”

Guia Orientador/Protocolo da Integração(C)

Citação 1: “A existência de um algoritmo, ou plano de integração na UCIC, seria ideal pois o formando e formador estariam a par de todos os pontos/aspectos que faltarem integrar”

Citação 2: “Instituição de um protocolo de integração de enfermeiros na UCIC”

Processo de Avaliação(D)

Citação 1: “Criação de um questionário ao elemento integrado, a ser aplicado no final do processo de integração, a fim de averiguar se o elemento se sente integrado”

# Revisão Bibliográfica

## Modelo de Desenvolvimento de Competências

Estado 1 – Iniciado: não têm nenhuma experiência com as situações com que é confrontado. É-lhes apresentado as regras, em termos objetivos, de forma a orientar os seus atos, pelo que apresentam um comportamento rígido de cumprimento das mesmas;

Estado 2 – Iniciado Avançado: apresentam comportamento aceitável, uma vez que já tiveram situações reais das quais extraíram os fatores significativos e que reproduzem em situações análogas (classificados como aspetos de situação); necessitam de ser enquadrados no contexto da prática (por exemplo, na gestão de prioridades);

Estado 3 – Competente: prevê-se que o enfermeiro que trabalhe no mesmo serviço há 2 ou 3 anos e que seja capaz de aperceber-se, em termos objetivos, dos seus atos e planos (conscientes e deliberados) a longo prazo; tem sentimento de quem sabe o que faz e que é capaz de responder a imprevistos na sua prática de enfermagem;

Estado 4 – Proficiente: entende as situações como uma globalidade e não atos isolado, sendo os seus atos guiados por máximas; aprende através da experiência os acontecimentos típicos de uma determinada situação bem como reconhecer quando não acontece; este fenómeno permite saber quais os atributos que são importantes e permite que reconheça a deterioração do estado da pessoa antes dos sinais vitais o demonstrarem;

Estado 5 – Perito: compreende cada situação de forma intuitiva, não necessitando de um conjunto de soluções e diagnósticos possíveis; já não se apoia em regras ou máximas;

Benner, 2001



# Revisão Bibliográfica

## Características de um Programa de integração

Formal ou Informal - a pessoa é informada do que é pretendido de si)

Individual ou Coletivo - os novos elementos são integrados individualmente e as experiências são únicas

Uniforme ou Variável - porque existem estágios padronizados entre etapas

Sequencial ou Aleatória - existem papéis que treinam e encorajam o novo funcionário

Reforço ou Eliminação - apoiam-se as qualidades e qualificações como necessário para o sucesso no cargo

Serial ou Disjuntiva - existe um membro mais antigo e experiente, que serve de modelo

(Potra, 1997; Chiavenato, 1999)

# O Procedimento de Integração na UCIC

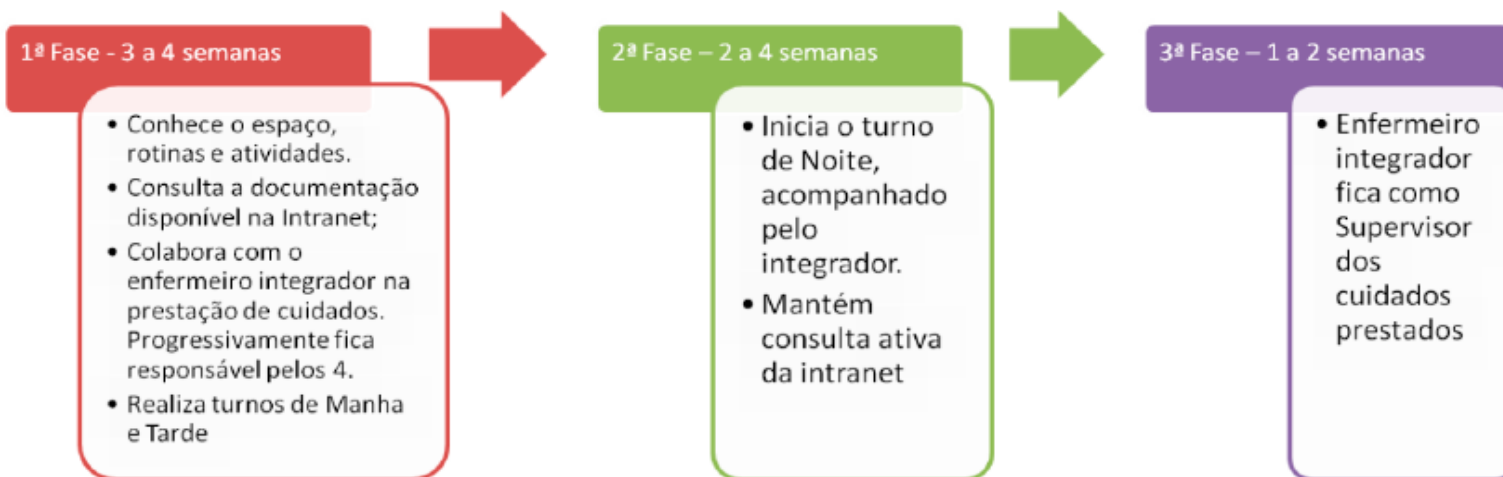


# A Integração na UCIC

Decisão de Integrar: Decisão do Enf<sup>o</sup> Chefe com base no desempenho profissional na enfermaria e apreciação do chefe de equipa

Tempo Previsto: 6 a 10 semanas

Programa: Organizado em três fases, com avaliação no final de cada fase



# Principais Temáticas e Cronograma

Atividades a Desenvolver	Semanas	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª
Gerais									
Apresentação da UCIC: o espaço Físico, objetivos e critérios de admissão e alta									
Discussão do Cronograma de Atividades de Integração na UCIC/ Avaliação									
Descrição das Principais Atividades da UCIC bem como das funções do Enfermeiro na mesma (DF.CIGE.02)									
Divulgação do Manual de Políticas e Procedimentos do CHS, disponível na Intranet									
Exposição dos cuidados a ter em conta com a articulação com BO, SUG e UCI									
Controlo de Infecção									
Apresentação de Procedimentos relevantes acerca do Controlo de Infecção (CIF – Política de Controlo de Infecção; CIF.01 – Limpeza de Áreas Infectadas; CIF.06 – Precauções de Isolamento; CIF.08 – Controlo Microorganismos; CIF.14 – Higienização das Mãos; CIF.15 – Produtos Biológicos; CIF.21 – Prevenção infecção do Local Cirúrgico)									
Registos Informáticos									
Apresentação dos Documentos Auxiliares na UCIC (Procedimento em aprovação – Registos de Sinais Vitais e Passagem de Ocorrências)									
Apresentação das Especificidades de Registo no SAPE (Enf.03) na UCIC (horários de registo de sinais vitais, entre outros)									

# Principais Temáticas e Cronograma

Semanas	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª
<b>Atividades a Desenvolver</b>								
<b>Tecnologias e Especificidades na UCIC</b>								
Monitorização Electrocardiográfica: conceitos básicos e cuidados de enfermagem na UCIC								
Explicação do Funcionamento dos Monitores da UCIC (consultar manuais na Intranet)								
Princípios de Ventilação Mecânica: conceitos básicos e cuidados de enfermagem na UCIC (NOC.CHS.37 e NOC.CHS.38)								
Explicação do Funcionamento do Ventilador Dräger 2000: conceitos básicos e cuidados de enfermagem na UCIC								
Verificação mensal do Carro de Urgência, Mala de Transporte (RRE.05) e Ventilador (RRE.10)								
Apresentação do Procedimento de Transporte de Doente Crítico (ALT.06)								
<b>Cuidados à Pessoa em Situação Crítica</b>								
Informação relativa aos Cuidados Globais ao Doente, tendo em conta os focos possíveis Instabilidade								
Informação relativa à humanização dos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica: Visitas								
<b>Situação de Emergência</b>								
Apresentação de Normas e Procedimentos para Situações de Emergência (Política RRE – Reanimação e Ressuscitação, RRE.01 – Ordem de Não Renimar, RRE.02 – SBV, RRE.04 – SAV)								
Apresentação do Procedimento relativo à Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar								
<b>Gestão de Risco</b>								
Apresentação do Procedimento sobre Atuação em Situação de Catástrofe Interna (GRI.02), Evacuação de Doentes (GRI.06) e Segurança contra incêndios (GRI.07);								
Apresentação de Procedimentos relativos ao Risco Clínico como Relato de Incidentes, Prevenção de Quedas e Administração de Hemoderivados em Segurança.								

# A Avaliação

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.  
Hospital de São Bernardo  
Hospital Ortopédico Santiago da Galla

Documento de Avaliação

Atividades Desempenhar	Avaliação	A melhor	APTO
<b>Quem</b>			
Condição a UCIC, o espaço físico, objetivos e critérios de admissão e alta			
Condição as Principais Atividades da UCIC bem como as suas funções			
Condição o Manual de Políticas e Procedimentos do CHS, disponível na Internet, principalmente nas Normas e Procedimentos Referidos			
Condição procedimentos de articulação com SO, SUD e UCI			
<b>Controlo de Infecção</b>			
Condição Procedimentos relevantes acerca do Controlo de Infecção			
<b>Tecnologias e Especialidades na UCIC</b>			
Condição o Monitorização Electrocardiográfica e Funcionamento dos Monitores da UCIC			
Condição os Principais de Ventilação Mecânica e Funcionamento de Ventilador			
Realiza Verificação mensal de Curo de Cirurgia, Mala de Transporte e Ventilador			
Condição Procedimento de Transporte de Doente Crítico			
<b>Cuidados A Pessoa em Situação Crítica</b>			
Informação relativa aos Cuidados Globais ao Doente, tendo em conta os focos geradores da instabilidade			
Informação relativa à manutenção dos Cuidados a Pessoa em Situação Crítica-Vital			
<b>Situação de Emergência</b>			
Condição Normas e Procedimentos para Situações de Emergência			
Condição Procedimento relativo à Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar			
<b>Registos Informativos</b>			
Condição Documento Analítico da UCIC (Registo de Sinais Vitais e Parâmetros de Condicionantes)			
Condição as Especialidades do Registo na SAPE na UCIC			
<b>Gestão de Risco</b>			
Condição o Procedimento sobre Ataque em Situação de Controlo Interno, Evacuação de Doentes e Segurança contra Incêndios			
Apresentação do Procedimento relativo ao Risco Clínico como Relato de Incidentes, Prevenção de Quedas e Administração de Medicamentos em Segurança			

Atividade 1 - Início da avaliação

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.  
Hospital de São Bernardo  
Hospital Ortopédico Santiago da Galla

Documento de Avaliação

Avaliação Geral do Processo de Integração

Fase do Programa de Integração: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Enfermeiro em Programa de Integração: \_\_\_\_\_

Enfermeiro Responsável pela Integração: \_\_\_\_\_

Atividade 1 - Conclusão da avaliação

Deve ser preenchida individualmente e discutido por ambos no final de cada fase

Dúvidas? Sugestões?







## **Apêndice 13: Planeamento do PAC**



### **Cuidar da Pessoa em Situação de Crise**

Das necessidades levantadas na contextualização do PAC, planeamos que o desenvolvimento desta competência seria no âmbito da prestação direta de cuidados na UCIC durante o período de estágio. No âmbito da Dor, por ter sido uma das áreas em que houve enfoque na contextualização, considerámos que seria benéfico, a observação presencial do funcionamento de uma unidade de dor. Quanto às necessidades identificadas, pretendemos distribuir pelos enfermeiros um suporte físico da Escala Visual Analógica, num material resistente. Quanto à falta de escala de avaliação da dor em pessoas sedadas, consideramos que, por ser muito pouco frequente e envolver um projeto complexo de implementação, não foi uma prioridade para este projeto.

O objetivo delineado foi "*Melhorar os recursos para a avaliação da dor*". De forma a atingir este objetivo, delineámos as seguintes atividades: "*Visita a Unidade da Dor*", "*Construção da Escala Visual Analógica em suporte físico*" e "*Distribuição do documento com o instrumento de avaliação da dor construído à equipa de enfermagem*".

Das atividades supracitadas, os indicadores de avaliação foram "*Apresenta um documento resistente com o instrumento de avaliação da dor*" e "*Entrega a, pelo menos, 50% da equipa, o documento com o instrumento de avaliação da dor construído*".

As estratégias foram a criação de um instrumento atrativo, resistente e com dimensões adequadas à farda dos profissionais desta instituição.

Os recursos previstos para estas atividades foram o Computador com acesso à intranet e internet, impressora, plastificadora, películas para plastificar, tesoura e Enfermeiros do serviço, bem como Enfermeira e Docente orientadoras deste projeto.

### **Dinamizar a resposta à Catástrofe e/ou emergência multivitima**

Das necessidades identificadas na contextualização da situação, as atividades a desenvolver foram as integradas no PIS bem como uma reflexão acerca realidade institucional (em parte explanada na contextualização).

Assim, nesta temática, destacamos como objetivo principal a "*Dinamizar a reposta em situação de catástrofe e/ou Emergência Multivitima*" e como objetivos específicos "*Divulgar no Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros na Unidade de Cuidados*".

*Intermédios Cirúrgicos do Serviço de Cirurgia Geral Programa de Integração, os procedimentos Plano de Emergência Interno, Evacuação de Doentes e Segurança contra Incêndios, delineados pela instituição" e "Listar o que existe no serviço na preparação para uma catástrofe e/ou Emergência Multivitima".*

Para o primeiro objetivo específico, as atividades, indicadores de avaliação, estratégias e recursos, definidos são as mesmas que para a divulgação da norma no PIS e, para o segundo objetivo, a atividade "*Identificação de que forma o serviço está preparado para a catástrofe e/ou Emergência Multivitima.*"

Para a atividade supracitada, o indicador de avaliação é "*Apresenta resumo reflexivo sobre o que existe no serviço, contendo pelo menos três estratégias utilizadas na preparação para uma catástrofe e/ou Emergência Multivitima*".

Os recursos previstos para esta atividade são papel e caneta para anotações, computador com programa de edição de texto, bem como Enfermeira e Docente orientadoras deste projeto.

### **Prevenção e Controlo de Infecção**

Por fim, na competência *Prevenção e Controlo de Infecção*, de referir que prevemos desenvolver esta competência no PIS, pelo que o planeamento do projeto associado à infecção está no PIS. Pelas nossas necessidades de desenvolvimento profissional, consideramos pertinente a observação presencial do funcionamento de uma Comissão de Controlo de Infecção, já que vai permitir conhecer a sua dinâmica de trabalho, bem como quais os projetos em que a instituição está envolvida. Quanto ao serviço, foram identificadas algumas necessidades no serviço às quais pretendemos dar resposta, para além do trabalho desenvolvido no PIS, nomeadamente em relação ao isolamento, pretendemos divulgar o Procedimento sobre o isolamento no serviço, seja na equipa de enfermagem, seja na equipa de assistentes operacionais. Para além disso, a informação às visitas é também uma preocupação.

O objetivo principal é "*Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da Infecção na UCIC*" e os objetivos específicos são "*Divulgar no Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos do Serviço de Cirurgia Geral Programa de Integração, os procedimentos Limpeza das Áreas Infetadas ou de*

*Isolamento; Precauções de Isolamento; Controlo de Micro-organismos Multirresistentes; Higienização das Mãos; Controlo e Prevenção de Infecções durante a Recolha, Manuseamento e Transporte de Produtos Biológicos; Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico; bem como a Política Controlo da Infecção, delineados pela instituição"; "Divulgar na equipa de enfermagem e na equipa de assistentes operacionais o Procedimento Precauções de Isolamento" e "Elaborar folheto informativo sobre medidas de isolamento para entregar a visitas".*

Para o primeiro objetivo específico, as atividades, indicadores de avaliação, estratégias e recursos, definidos são as mesmas que para a divulgação da norma no PIS.

Quanto ao segundo objetivo específico, delineamos como atividades: "*Visita à Comissão do Controlo de Infecção*", "*Construção de documentos de divulgação e consulta rápida, baseados no Procedimento Precauções de Isolamento, nomeadamente posters e folhetos*"; "*Distribuição de posters, devidamente emoldurados à enfermeira-chefe do serviço para serem colocados em pontos estratégicos*"; "*Distribuição de folhetos de consulta rápida à equipa de enfermagem e à equipa de assistentes operacionais*" e "*Construção de folheto informativo sobre medidas de isolamento para entregar a visitas*".

Das atividades supracitadas, os indicadores de avaliação serão "*Apresenta um poster que resuma as Precauções de Isolamento, de forma apelativa*"; "*Apresenta dois folhetos de consulta rápida que resuma as Precauções de Isolamento, um adaptado a enfermeiros e outro adaptado a assistentes operacionais*"; "*Entrega, pelo menos, um poster A3 e dois posters A4 emoldurados à enfermeira-chefe do serviço*"; "*Entrega a, pelo menos, 50% de cada equipa, os folhetos de consulta rápida*"; e "*Cria folheto informativo onde apareça informação, pelo menos sobre a lavagem as mãos e uso de proteção individual para entregar a visitas*".

As estratégias são a criação de um poster atrativo, que apresente a informação do Procedimento com recurso a imagens. Quanto ao folheto de consulta rápida, este deve ser resistente e adequado com dimensões adequadas à farda dos profissionais desta instituição. No caso das visitas, pretende-se um folheto dirigido e de fácil compreensão.

Os recursos previstos para estas atividades são o Computador com acesso à intranet e internet, impressora, dinheiro para impressão do poster A3, duas molduras A4 e uma

moldura A3, plastificadora, películas para plastificar, tesoura, Enfermeiros do serviço, Assistentes Operacionais do serviço, Enfermeira Chefe do serviço, bem como Enfermeira e Docente orientadoras deste projeto.

Importa ainda referir que prevemos que o folheto/documento a entregar aos enfermeiros fosse apenas um, visto que com demasiadas ferramentas arriscamo-nos a que não retenham nenhuma.

Por reconhecermos que a descrição resumida de tudo o que planeamos para este PAC, torna maçador a sua leitura, integramos a Tabela 2, que apresentamos de seguida. Com esta tabela, pretendemos resumir planeamento exclusivo do PAC (para evitar a repetição de dados apresentados previamente no PIS, já referidos).

## **Apêndice 14: Cronograma do PAC**





Tempo Atividades	Abril	Maio	Junho	Julho	Setembro
Revisão Bibliográfica					
Cuida da Pessoa em Situação de Crise					
Observação Presencial da dinâmica da Unidade da Dor					
Colocar em suporte físico a Escala Visual Analógica					
Distribuir o documento com o instrumento de avaliação da dor construído à equipa de enfermagem					
Maximiza a resposta a catástrofe e/ou Emergência Multivitima					
Identificar de que forma o serviço está preparado para a catástrofe e/ou Emergência Multivitima					
Prevenção e Controlo de Infecção					
Observação Presencial da dinâmica da Comissão de Controlo de Infecção					
Construir documentos de divulgação e consulta rápida e folhetos informativos para as visitas					
Distribuir posters, devidamente emoldurados à enfermeira-chefe					
Distribuir folhetos de consulta rápida à equipa de enfermagem e à equipa de assistentes operacionais					

- Legenda:
- Tempo previsto
  - Tempo Real
  - 1 semana (não à escala)



## **Apêndice 15: Folheto Informativo entregue aos Enfermeiros**



# Isolamento

**CONTACTO**  
Microorganismos: MRSA; Acinetobacter baumannii; Pseudomonas multiresistente; Enterococcus; Escheria Coli; Hepatite A;

<b>Cuidados a &gt; 1m:</b> Bata/Farda Habitual	<b>Cuidados não invasivos a &lt;1m:</b> Luvas Bata Descartável
---	--

Notas: Isolamento geográfico e/ou sectorial; Dispositivos Médicos individuais; Restringir saídas da pessoa e visitas;

**GOTÍCULAS**  
Microorganismos: Haemophilus influenzae tipo B; Neisseria meningitidis; Mycoplasma; Adenovirus; Virus influenza; entre outros;

<b>Cuidados a &gt; 1m:</b> Bata/Farda Habitual	<b>Cuidados não invasivos a &lt;1m:</b> Luvas Bata Descartável Máscara Com viseira
---	---

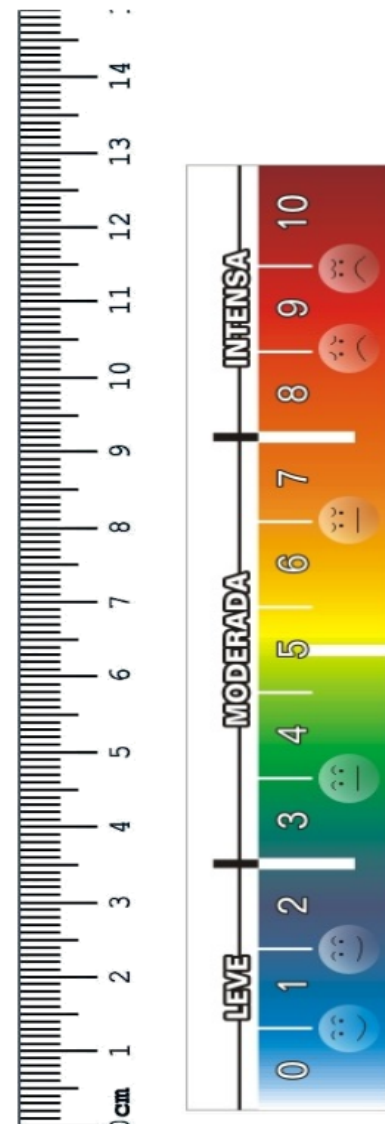
Notas: Isolamento geográfico e/ou sectorial; Restringir saídas da pessoa e visitas; Quando sai, a pessoa deve usar máscara cirúrgica

**VIA AÉREA**  
Microorganismos: Tuberculose; Sarampo; Varicela; Herpes Zoster; H5N1; Yersinia enterocolica;

<b>Cuidados a &gt; 1m:</b> Bata Descartável Máscara (P1 ou P2)	<b>Cuidados não invasivos &lt;1m:</b> Bata Impermeável Luvas Máscara (P1 ou P2)
--	--

Notas: Quarto com pressão negativa; restringir saídas; No transporte, a pessoa deve ter máscara cirúrgica

**PROCEDIMENTOS INVASIVOS**  
Bata — descartável, impermeável, c/ punhos elásticos e comprida  
Luvas — descartáveis (acima do punho da bata)  
Máscara — cirúrgica ou P1/P2 (l. por gotículas ou via aérea)  
Touca descartável — no isolamento por gotículas ou via aérea  
Avental impermeável (quando não há bata impermeável)  
Protecção ocular - viseira ou óculos com protecção lateral



Fonte: Procedimento QF.06 da CC do   
Imagens: Google®, Clipart e QF.06

Elaborado por: Tânia Mendes (Estudante do 2º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS)  
Orientado por: Prof. Doutora Alice Ruivo e En<sup>ra</sup> Especialista   
Responsável do Serviço: En<sup>ra</sup> Chefe



## **Apêndice 16: Folheto Informativo entregue aos Assistentes Operacionais**







# Isolamento

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES



Os resíduos produzidos nestes locais devem ser colocados em **saco branco (Grupo III)** ou **saco vermelho (Grupo IV)**, de acordo com o Procedimento Eliminação de Resíduos em Segurança - GRE.02.  
Quartos em isolamento devem estar devidamente identificados.

### CONTACTO

Cuidados a > 1m:	Cuidados não invasivos a <1m:
 <p>Bata/Farda Habitual</p>	 <p>Luvas Bata Descartável</p>



Notas: Isolamento geográfico e/ou sectorial; Dispositivos Médicos individuais; Restringir saídas da pessoa e visitas;

### GOTÍCULAS

Cuidados a > 1m:	Cuidados não invasivos a <1m:
 <p>Bata/Farda Habitual</p>	 <p>Luvas Bata Descartável Máscara Com viseira</p>

Notas: Isolamento geográfico e/ou sectorial; Restringir saídas da pessoa e visitas; Quando sai, a pessoa deve usar máscara cirúrgica

### VIA AÉREA

Cuidados a > 1m:	Cuidados não invasivos <1m
 <p>Bata Descartável Máscara (P1 ou P2)</p>	 <p>Bata impermeável Luvas Máscara (P1 ou P2)</p>

Notas: Quarto com pressão negativa; Restringir saídas; No transporte, a pessoa deve ter máscara cirúrgica

Fonte: Procedimento CIF.06 da CCI do [ ] e Imagens Google @ , Clipart e CIF.06  
Elaborado por: Tânia Mendes (Estudante do 2º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS)  
Orientado por: Prof. Doutora Alice Ruivo e Enfª Especialista [ ]  
Responsável do Serviço: Enfª Chefe [ ]

### LIMPEZA DIÁRIA

- ☐ A Unidade do doente só contém o equipamento e materiais essenciais aos cuidados do doente;
- ☐ A unidade do doente é limpa, de forma criteriosa, após os cuidados de higiene.
- ☐ O equipamento e as superfícies: mesa de apoio, mesa-de-cabeceira, cadeirão/cadeira, manípulo das portas, interruptores, são limpos com pano húmido (água e detergente). No final da limpeza os lavatórios ficam limpos e secos.
- ☐ A roupa suja é colocada em saco vermelho transparente, que é fechado dentro do quarto e imediatamente colocado no carro da roupa suja.
- ☐ O chão deve ser lavado com água e detergente.
- ☐ Os resíduos são colocados em saco Branco (Grupo III) ou saco Vermelho (Grupo IV) respectivamente e de acordo com o definido na instituição.
- ☐ A recolha de resíduos é efectuada 2 vezes por dia, 1 vez no turno da manhã e outra no turno da tarde pela empresa de limpeza, e em SOS.

### LIMPEZA/DESINFECÇÃO APÓS A ALTA

- ☐ O material de uso único é rejeitado
- ☐ As paredes são lavadas com água e detergente, seguido de desinfecção com a solução de lixívia ou com produto que reúna a capacidade de limpar e desinfetar em simultâneo
- ☐ O equipamento (monitores, cabos elétricos, seringas infusoras, televisores, etc.) é limpo de acordo com:
  3. As recomendações do fabricante;
  4. Na ausência de recomendações do fabricante, usar pano húmido com água e detergente seguido de desinfecção com álcool;
- ☐ Nas unidades de isolamento por via aérea é respeitado o tempo necessário para a renovação total do ar da sala
- ☐ As superfícies (bancadas, mesas de apoio, cadeirões/cadeiras, grades da cama, mesas de cabeceira) devem ser limpas respeitando os materiais de origem (inox, plástico, napa ou outras). Deve proceder-se da seguinte forma:
  - o Limpar com pano húmido (água e detergente) seguido de:
    1. Desinfecção com álcool – no caso de superfícies metálicas;
    2. Desinfecção com diluição de lixívia nos materiais que o permitam.
- ☐ As cortinas são retiradas e enviadas para a lavandaria, devidamente identificadas
- ☐ Os colchões são lavados com água e detergente e depois passados por uma solução diluída de lixívia (1,25ml de lixívia /100ml de água)
- ☐ A reocupação do espaço só acontece após a secagem de todas as estruturas e de terem sido cumpridos todos os pontos anteriores



## **Apêndice 17: Poster afixado sobre Precauções de Isolamento**



# Isolamento



## CONTACTO

**Microorganismos:** MRSA; Acinetobacter Baumannii; Pseudomonas multiresistente; Enterococcus vancomicina-resistente; Escheria Coli; Hepatite A;

Cuidados a  $> 1m$ :  
Bata/uniforme habitual



Cuidados não invasivos a  $< 1m$ :  
Bata descartável; Luvas



Notas: Isolamento geográfico e/ou sectorial; Dispositivos Médicos individuais;  
Limitar saídas da pessoa ao exterior e reduzir visitas;

## GOTÍCULAS

**Microorganismos:** Haemophilus influenzae tipo B; Neisseria meningitidis; Mycoplasma; Adenovirus; Virus influenza;

Cuidados a  $> 1m$ :  
Bata/uniforme habitual;



Cuidados não invasivos a  $< 1m$ :  
Bata descartável; Luvas; Máscara cirúrgica;



Notas: Isolamento geográfico e/ou sectorial; Limitar saídas da pessoa ao exterior e reduzir visitas;  
Quando sai, a pessoa deve usar máscara cirúrgica;

## VIA AÉREA

**Microorganismos:** Tuberculose; Sarampo; Varicela; Herpes Zoster; H5N1; Yersinia enterocolica;

Cuidados a  $> 1m$ :  
Bata descartável; Máscara (P1 ou P2)



Cuidados não invasivos  $< 1m$ :  
Bata descartável impermeável; Luvas;  
Máscara (P1 ou P2)



Notas: quarto com pressão negativa; Limitar saídas; no transporte, a pessoa deve ter máscara;

## PROCEDIMENTOS INVASIVOS

Bata — Descartável, impermeável, c/ punhos elásticos e comprida (Avental impermeável — quando não há bata impermeável)

Luvas — Descartáveis (acima do punho da bata)

Máscara — Cirúrgica ou P1/P2 (Isolamento por gotículas ou via aérea)

Touca descartável — Isolamento por gotículas ou via aérea)

Protecção ocular — Viseira ou óculos com protecção lateral

## INFORMAÇÕES ÀS VISITAS

- Restringir número de visitas
- Higienizar as mãos
- Explicar cuidados junto à Pessoa
- Distribuir o Folheto Informativo



Fonte: Procedimento CIF.06 da CCI de [redacted]; Imagens: Google ®, Clipart e CIF.06  
Elaborado por: Tânia Mendes (Estudante do 2º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS)  
Orientado por: Prof. Doutora Alice Ruivo e Enfª Especialista [redacted]  
Responsável do Serviço: Enfª Chefe [redacted]



## **Apêndice 18: Folheto Informativo para visitas**





## O Isolamento—Porquê?

Existem microorganismos no hospital que são prejudiciais a todos nós... Se o seu familiar está infetado com um destes microorganismos, cabe-nos a nós tomar medidas para evitar a propagação/disseminação da doença.

Por esse motivo, é importante ter alguns cuidados para não levar esta infecção consigo para casa, transmitindo-a aos seus familiares e amigos.

Ajude-nos a conter esta ameaça!



**Vamos trabalhar todos juntos...**

**Para prestar melhores cuidados ao seu familiar.**



**Agradecemos a sua colaboração!**

Fonte: Procedimento CIF.06 da CCI do .

Imagens: Google®, Clipart e CIF.06

Elaborado por: Tânia Mendes

Estudante do 2º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPs

Orientado por: Prof. Doutora Alice Ruivo e

Enfª Especialista

Responsável do Serviço: Enfª Chefe

Centro Hospitalar   
Serviço Cirurgia Geral

## Medidas de Isolamento na Unidade De Cuidados Intermédios Cirúrgicos



Telefone do Hospital:   
Extensão Serviço Cirurgia Geral:

## Que medidas?

Sabemos a importância das visitas, mas precisamos que tenha alguns cuidados.

A primeira medida é diminuir as pessoas que visitam... Só devem vir as pessoas realmente indispensáveis.

Quanto menos pessoas tiverem contato com a pessoa infetada (e os microorganismos), menos risco de transporte existe...

Antes e depois se aproximar do seu familiar, deve proceder à lavagem/desinfecção das mãos, bem como utilizar sempre a Protecção Individual recomendada.

Deve retirar a proteção individual sempre que sai de junto da pessoa.



### Lavagem/desinfecção das Mãos

Desinfete sempre as mãos à entrada e saída da UCIC, bem como antes e depois de usar a Protecção Individual. Para tal, basta friccionar as mãos com uma pequena quantidade durante 30 segundos com a Solução Alcoólica disponibilizada em cada unidade.



Caso esteja indisponível, lave as mãos conforme apresentado .

### Lavagem das mãos

Duração total do procedimento: 40-60 seg.



1. Molhe as mãos com água



2. Aplique sabão suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos



3. Esfregue as palmas das mãos, uma na outra



4. Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa



5. Palma com palma com os dedos entrelaçados



6. Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com os dedos entrelaçados



7. Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa



8. Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa



9. Enxague as mãos com água



10. Seque as mãos com toalha descartável



11. Utilize o toalhete para fechar a torneira se esta for de comando manual



12. Agora as suas mãos estão seguras.

### A Protecção Individual

Peça ao enfermeiro a Protecção Individual necessária para si. É de uso único e não deve ser partilhada.



### Os objetos pessoais/comida

Deve trazer o mínimo indispensável para o seu familiar.

Tudo o que estiver perto do seu familiar, será considerado infetado e mais um foco de infecção. Assim, quanto menos coisas tiver, melhor.

**Não hesite em pedir esclarecimentos aos Enfermeiros.**

# Anexos



## **Anexo 1: Email de Autorização do CHX**



Email enviado pelo Centro Hospitalar X:

## Projeto de intervenção

**Enviado:** terça-feira, 22 de Janeiro de 2013 13:10  
**Para:** TÂNIA ALBERTINA DOS SANTOS MENDES  
**Importância:**Alta

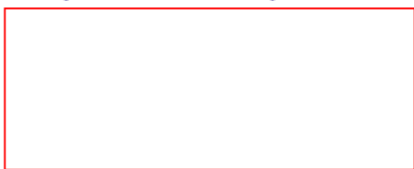
Cara colega, tem despacho positivo da Enfermeira Diretora para desenvolver o seu projeto de intervenção tal como propôs.

Fico ao dispor,

Atenciosamente,

  
Enfermeira Especializada

Serviço de Gestão da Formação



- Texto redigido segundo acordo ortográfico -





## **Anexo 2: Noticia do simulacro no Serviço em 2012**



Simulacro no Hospital de envolveu várias entidades

## Incêndio a fingir para intervenção levada a sério

Teodoro João

Um "incêndio" na sala de arrumos no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital mobilizou, esta sexta-feira, a equipa de primeira intervenção hospitalar, corporações de bombeiros, PSP e Protecção Civil. Houve "doentes" evacuados. Tudo não passou de um simulacro, o primeiro a sério para um incêndio a fingir.

Testar meios de intervenção e socorro do próprio Hospital em estreita articulação com as forças de segurança, foi o objectivo principal do simulacro de incêndio, realizado na manhã de sexta-feira no piso hospitalar.

Operação "CH4": Foi este o nome de baptismo do simulacro, que pretendeu testar, na manhã de sexta-feira, a eficácia do plano de emergência interno hospitalar, bem como a prontidão de resposta das equipas de emergência e a adequabilidade dos meios e infra-estruturas existentes numa ala de internamento.

O suposto incêndio deflagrou pelas 11 horas de sexta-feira na sala de arrumos do piso, serviço de cirurgia geral (homens).

Hospital. Os avisos sonoros alertaram para a ocorrência, e logo



**SIMULACRO** - Soldados da paz no local do imaginário sinistro e, na foto do lado, o aparato de carros de bombeiros na lateral do Hospital

o plano de emergência interno hospitalar foi posto em prática.

Mesmo antes da chegada dos bombeiros, coube aos meios internos do Hospital - previamente treinados para actuar em caso de emergência - a primeira intervenção ao foco de incêndio. A manobra do corredor daquele piso foi estendida para debelar o início do incêndio. E de tal forma a primeira intervenção foi eficaz, que, aquando da chegada da equipa de bombeiros, o virtual foco de incêndio já

estava dado como extinto.

Pelo meio desta acção, aconteceu a evacuação de alguns doentes a fingir (bombeiros fizeram de figurantes), em cadeira de rodas e em marquesas, quer para fora do corredor sinistrado, quer mesmo para o exterior do edifício.

"Ok. As chamas estão apagadas, mas também já aqui estão os bombeiros", comunicou telefonicamente à central da emergência interna do Hospital, enquanto os solda-



dos da paz, devidamente equipados para uma situação como esta, compareceram no foco de incêndio, na sala de arrumos, testemunhando a importância e eficácia da primeira intervenção de um sinistro desta natureza.

De referir que muita gente já estava avisada da realização deste simulacro (foram afixados cartazes), pelo que a presença de bombeiros e polícias não provocou grande estranheza. Mas o mesmo não se pode dizer do público exterior e

que, na lateral do edifício (Urgências), assistiu, parcialmente admirada, à movimentação das autoridades e à presença de quatro viaturas dos bombeiros. "Mas o que foi?" perguntavam alguns, logo esclarecidos e acalmados por outros.

Diga-se que este simulacro envolveu a presença das corporações de Bombeiros Sapadores e Voluntários, num total de 17 homens, e 4 viaturas de combate a incêndio, para além de agentes da PSP e da Autoridade Nacional de Protecção Civil.

"Pontos fracos" do simulacro que importam corrigir

## Entidades envolvidas no simulacro afinaram estratégia

Hospital, Bombeiros, Protecção Civil e PSP. Todas estas entidades estiveram envolvidas no simulacro de incêndio. No final da acção de testes, aconteceu um balanço do que correu bem, e do que importa corrigir...

... a directora substituta de emergência do Hospital reuniu, no final do simulacro da manhã de sex-

ta-feira, com as restantes entidades envolvidas nas operações de socorro e salvamento.

"Estas acções são muito bem vindas, e fazem falta para testarmos os meios internos, em estreita colaboração com as autoridades de socorro", começou por explicar aquela responsável, para quem "os pontos fracos devem ser corrigidos".

... sub-chefe de 1.ª clas-

se da Companhia de Bombeiros Sapadores, considerou que o exercício "correu bem", reconhecendo haver "aspectos a melhorar". Sobre a deslocação ao local do improvisado sinistro, disse ter mediado cerca de 5 minutos, entre o alerta e a chegada ao local da ocorrência.

... outro chefe da CEI, apontou uma crítica construtiva, face ao simulacro: "Entendo que

este tipo de acções não deveria ser noticiada, ou seja, deveria ser totalmente surpresa, também para nós, bombeiros, para aquilatar da nossa real capacidade de resposta."

A acompanhar de perto esta acção no Hospital de emergência, a Autoridade Nacional de Protecção Civil que, na reunião de balanço final, congratulou-se com a realização destes exercícios, "particularmente neste tipo

de instituições."

Também o comandante da Polícia de Segurança Pública de integrou o simulacro de incêndio. Na reunião final, de balanço sobre esta acção, realizada na sala de sessões do Hospital, também classificou de "muito positivo" este tipo de realizações, que envolveu a coordenação de diversas forças de segurança e socorro.

T.J.